

介護事業所における I C T を通じた情報連携に関する調査研究等一式
報告書

令和 2 (2020) 年 3 月

目次

1. 事業の全体像	1
1.1 本事業の背景.....	1
1.2 本事業の目的.....	2
1.3 本事業の実施内容	3
1.4 本事業の検討体制	6
2. 医療介護連携時における標準仕様の作成等に向けた検討	7
2.1 目的	7
2.2 実施内容.....	7
2.3 本研究の対象様式	7
2.4 実証研究（技術検証）の体制・内容	8
2.5 技術実証実施環境	9
2.6 入退院時の情報連携に向けた検討.....	10
2.6.1 情報連携の対象の業務フロー	10
2.6.2 標準仕様案作成の方針、考え方.....	11
2.6.3 入院時情報提供書・退院退所記録書の技術検証結果及び課題	12
2.6.4 入院時情報提供書・退院退所記録書の標準仕様案の作成結果	15
2.7 看護情報の連携に向けた検討	16
2.7.1 情報連携の対象の業務フロー	16
2.7.2 標準項目案作成の方針、考え方.....	16
2.7.3 看護情報の連携に関する技術検証結果及び課題	17
2.7.4 看護情報の連携に関する標準項目案の作成結果	18
2.8 標準仕様案に関する今後の課題	19
2.8.1 ファイル形式に関する課題.....	19
2.8.2 介護事業者の負担軽減のための課題	19
2.9 本標準仕様案の活用・周知および普及の課題	20
3. 介護現場におけるセキュリティ基準の検討	21
3.1 目的	21
3.2 実施内容.....	21
3.3 介護事業者向け小冊子（介護事業所における介護情報の連携に関する安全管理について）の作成	21
3.3.1 小冊子作成へ向けた方針、考え方	21
3.3.2 作成方法	24
3.3.3 小冊子の概要.....	26
3.4 介護ソフトベンダー向けアンケート	27
3.4.1 目的	27

3.4.2 調査概要	27
3.4.3 調査結果	28
3.5 セキュリティ対策に関する課題	33
4. 事業のまとめ.....	34
4.1 医療介護連携時における標準仕様の作成等に向けた検討	34
4.2 介護現場におけるセキュリティ基準の検討	35
4.3 事業全体のまとめ	36
【巻末資料1】入退院時連携データ標準仕様案.....	37
【巻末資料2】看護情報連携データ項目案.....	56
【巻末資料3】介護事業所における介護情報の連携に関する安全管理について ver.1.0	65
【巻末資料4】介護現場におけるセキュリティ基準の検討に関するアンケート	97
【巻末資料5】製造業者による医療情報セキュリティ開示書チェックリスト	99

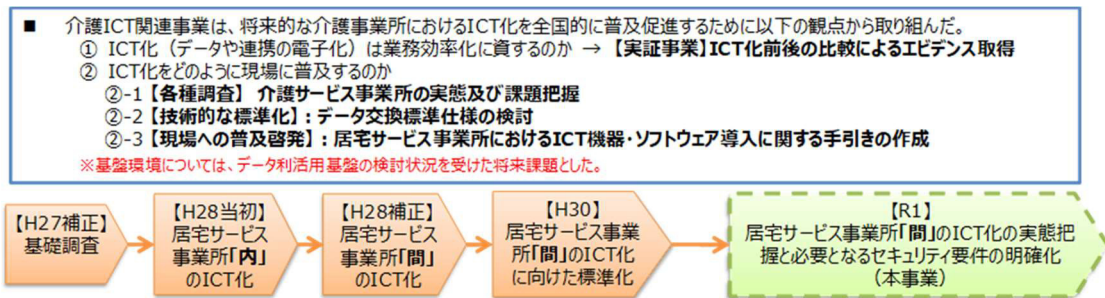
1. 事業の全体像

1.1 本事業の背景

介護分野の生産性向上については、「経済財政運営と改革の基本方針 2017」（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）や「未来投資戦略 2018」（平成 30 年 6 月 15 日閣議決定）の中で医療・介護現場の生産性向上のために「実際に生産性向上に取り組む地域の中小企業、サービス業に対する支援を図る」「作成文書の見直し、介護ロボット等の活用に加え、ICT 利活用や、非専門職の活用等を含めた業務効率化・生産性向上に係るガイドラインを本年度中に作成、普及させ、好事例の横展開を図る」こととされている。

厚生労働省においては、こうした経緯を踏まえ、以下の事業を実施し、介護サービスの生産性向上に向けた検討を継続的に行ってきたところである。

図表 1 厚生労働省における介護事業間での情報連携に関するこれまでの取り組み



予算	事業名	事業の目的	成果の概要
H27補正	居宅サービス事業所における業務効率化（ペーパーレス）化促進モデル事業	居宅サービス事業所におけるICTの活用による業務効率化の効果について、基礎的知見を得るための調査	<ul style="list-style-type: none"> □ 訪問介護・通所介護について、サービスの標準的な業務プロセスと業務負荷の関係を整理。 □ H28当初事業においてICT化の効果検証対象とする業務プロセスの範囲を特定。
H28当初	居宅サービス事業所における業務効率化促進モデル事業	居宅サービス事業所「内」の業務を対象として、ICT機器・ソフトウェアを導入することによる業務効率化の効果を検証するための実証事業	<ul style="list-style-type: none"> □ 事業所内の「日々のサービス内容の記録業務」「記録に基づく事業所内の情報共有」「介護報酬請求業務」等にICT・ソフトウェア機器を導入することで事務時間、残業時間等への削減効果を確認。 □ ICT機器・ソフトウェア導入に関する手引きを作成。 □ サービス利用票・別表のICT化による事務負担削減効果の確認。
H28補正	介護サービスにおける情報通信技術活用実証研究事業	居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所間の情報連携のICT化による業務効率化の効果を検証するための実証事業	<ul style="list-style-type: none"> □ 居宅サービス事業所「間」データ交換規約案の作成。 □ 介護サービス施設・事業所におけるICT活用の実態の把握。
H30当初	介護事業所におけるICTを活用した情報連携に関する調査研究等一式	異なるベンダーの介護ソフトを使用している居宅介護支援事業所と居宅サービス事業所間で標準仕様に従った情報連携の技術検証を行う実証事業	<ul style="list-style-type: none"> □ 異なるベンダー介護ソフトを使用している居宅サービス事業所「間」のデータ交換標準仕様案の作成。 □ 上記標準仕様案に従った介護事業所間での情報連携の技術的な実現性及び事務負担削減効果の確認。 □ 介護事業所間の情報連携を行うために今後求められるセキュリティ等のあり方を検討。

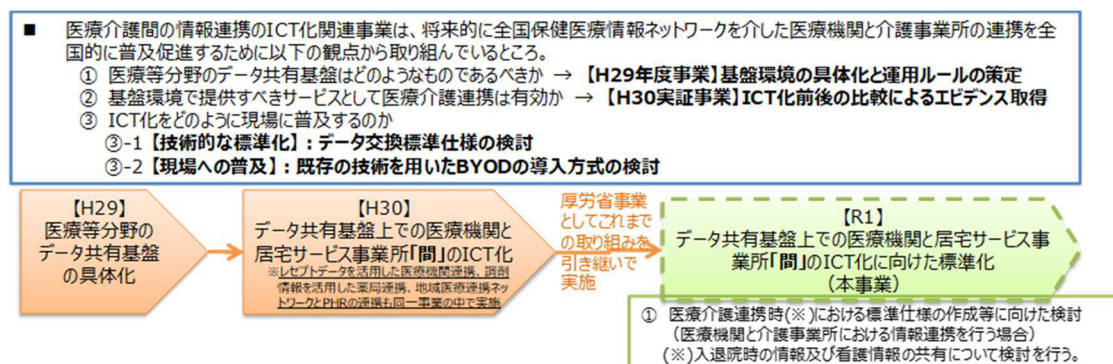
また、介護人材不足など、急速に進む超高齢社会の到来によって生じる課題への対策として、我が国では「健康寿命の延伸」と「良質で安心なサービスの提供」への実効的な施策の実施が急務であり、ICT インフラの整備を通じた健康・医療・介護のデータの利活用推進が強く望まれている。

総務省では平成 29 年度に、「全国保健医療情報ネットワーク」の構築に向けて、「医療等分野におけるデータ共有基盤のあり方に関する実証」が実施され、「ネットワークの相互

接続」、共通ルールに基づき患者情報を流通させるための「標準規約によるデータ交換」、安全な通信を実現するための「セキュリティ確保」等について検証し、実運用フェーズに移行するための運用ルール等の検討を実施した。

また、平成 30 年度には、昨年度事業の結果や厚生労働省にて開催されている「医療等分野情報連携基盤検討会」の検討内容を踏まえ、医療・介護・健康分野における更なるネットワーク化の推進に向けて、A)「医療・介護連携」、B)「レセプトデータを活用した保険者・医療機関連携」、C)「調剤情報を活用した薬局連携」、D)「EHR・PHR 連携」において、モデルの構築およびルールの検討を実施した（平成 30 年度「医療等分野におけるネットワーク基盤利活用モデルに関する調査研究事業」（総務省））。

図表 2 総務省における医療介護間での情報連携に関するこれまでの取り組みと本事業の関係



予算	事業名	事業の目的	成果の概要
H29	医療・介護連携の推進に関する調査研究（総務省）	2020年の「全国保健医療情報ネットワーク」の構築に向けて、医療等分野のデータ共有基盤（相互接続基盤）の在り方の実証事業を実施。	<ul style="list-style-type: none"> □ ネットワークの相互接続について検討し、実運用フェーズに移行するための運用ルール等を策定。 □ 共通ルールに基づき患者情報を流通させるための標準規約によるデータ交換に移行するための運用ルール等を策定。 □ 安全な通信を実現するためのセキュリティ確保について検討し、実運用フェーズに移行するための運用ルール等を策定。
H30	医療等分野におけるネットワーク基盤利活用モデルに関する調査研究（総務省）	医療等分野におけるネットワーク基盤を利用する具体的なモデルを明らかにし、必要なルール等の整備につなげるため、医療・介護連携、レセプトデータを活用した医療機関連携、調剤情報を活用した薬局連携、地域医療連携ネットワーク（EHR）とPHRの連携について、昨年度総務省で実証を行った相互接続基盤実証も踏まえ、地域実証を行い、必要な技術面、運用面のルール整備等につなげるための調査を実施。	<ul style="list-style-type: none"> □ 医療・介護連携に関するデータ標準（案）の具体化、ICTを活用した医療・介護連携モデル構築、BYOD導入可能性の検討。 □ レセプトデータを活用した患者情報収集の有用性、マイナンバーカードとHPKIカードの有用性、効果的な患者情報収集支援システムのあり方。 □ 保険薬局間における調剤情報連携による重複調剤等防止への有効性、調剤連携におけるマイナンバーカード等の有用性、効果的に実現する重複調剤等確認システムのあり方。 □ マイナンバーカードを活用したPHRの充実方策、EHRとPHRの連携に関する今後の方策。

1.2 本事業の目的

これまでの厚生労働省、総務省における、医療・介護分野の ICT 活用の実証事業の結果を踏まえると、より一層の ICT 化の促進にあたっては、以下の課題が残されている。

- ICT を活用して介護事業所間の情報連携を推進するためには、平成 29 年度「介護事業所における ICT の活用等によるサービス提供の支援に関する調査研究」、平成 30 年度「介護事業所における ICT を活用した情報連携に関する調査研究等一式」（厚生労働省）で明らかにした介護事業所におけるセキュリティ対策の現状を考慮した上で、**介護事業所にとって現実的なセキュリティ基準が必要。**

- 平成 30 年度の「医療等分野におけるネットワーク基盤利活用モデルに関する調査研究事業」（総務省、以下、昨年度総務省事業）においては、居宅介護支援事業所と医療機関の情報連携については業務面の実証の標準項目案の作成は完了しているものの、標準仕様化とその技術実証、訪問看護ステーションとの連携時における標準項目案の作成と技術検証ができておらず、確認ができていない。

本事業では、1.1 に述べた背景・経緯を踏まえ、今後より一層の ICT 化を促進するため、介護事業所間の情報連携にあたって介護事業所に求められるセキュリティ基準を検討した。また、医療機関等の医療の現場と介護事業所等の介護の現場における情報連携の標準仕様作成等に向けた取り組みを実施した。

具体的な実施事項は以下のとおり。

- ① 入退院時における医療機関と介護事業所間の情報連携に係る標準仕様の作成等に向けた検討
- ② 介護現場におけるセキュリティ基準の検討

1.3 本事業の実施内容

本事業においては、以下の検討を行うために、介護事業所における情報連携のあり方に関する有識者により構成する調査検討委員会を開催した。

- (1) 入退院時における医療機関と介護事業所間の情報連携に係る標準仕様の作成等に向けた検討
- (2) 介護現場におけるセキュリティ基準の検討

(1)については「標準仕様検討部会」、(2)については「セキュリティ基準検討部会」で、それぞれ調査検討委員会とは別に検討部会を設置し、その検討結果を調査検討委員会で報告した。調査検討委員会は計3回、検討部会計2回開催した。詳細な開催時期および内容は以下のとおり。なお、令和2年の新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、関係各位との協議の上、令和2年3月に開催を予定していた第2回標準仕様検討部会、第2回セキュリティ基準検討部会、第3回検討委員会に関しては、書面での開催とした。

図表 3 検討委員会開催日程

開催日時	場所	議事内容
令和元年 12 月 25 日 10:00~11:30	株式会社三菱 総合研究所	1. 事業計画（案）ご説明 2. 入退院時における医療機関と介護事業所間の情報連携に係る標準仕様の作成について 3. 介護現場におけるセキュリティ基準の検討について
令和 2 年 2 月 19 日 10:00~12:00	株式会社三菱 総合研究所	1. 医療介護連携時における標準仕様の作成の検討状況について 2. 介護現場におけるセキュリティ基準の検討状況について
令和 2 年 3 月 25 日	(書面開催)	1. 入退院時における医療機関と介護事業所間の情報連携に係る標準仕様の作成の検討状況について 2. 介護現場におけるセキュリティ基準の検討状況について

図表 4 標準仕様検討部会開催日程

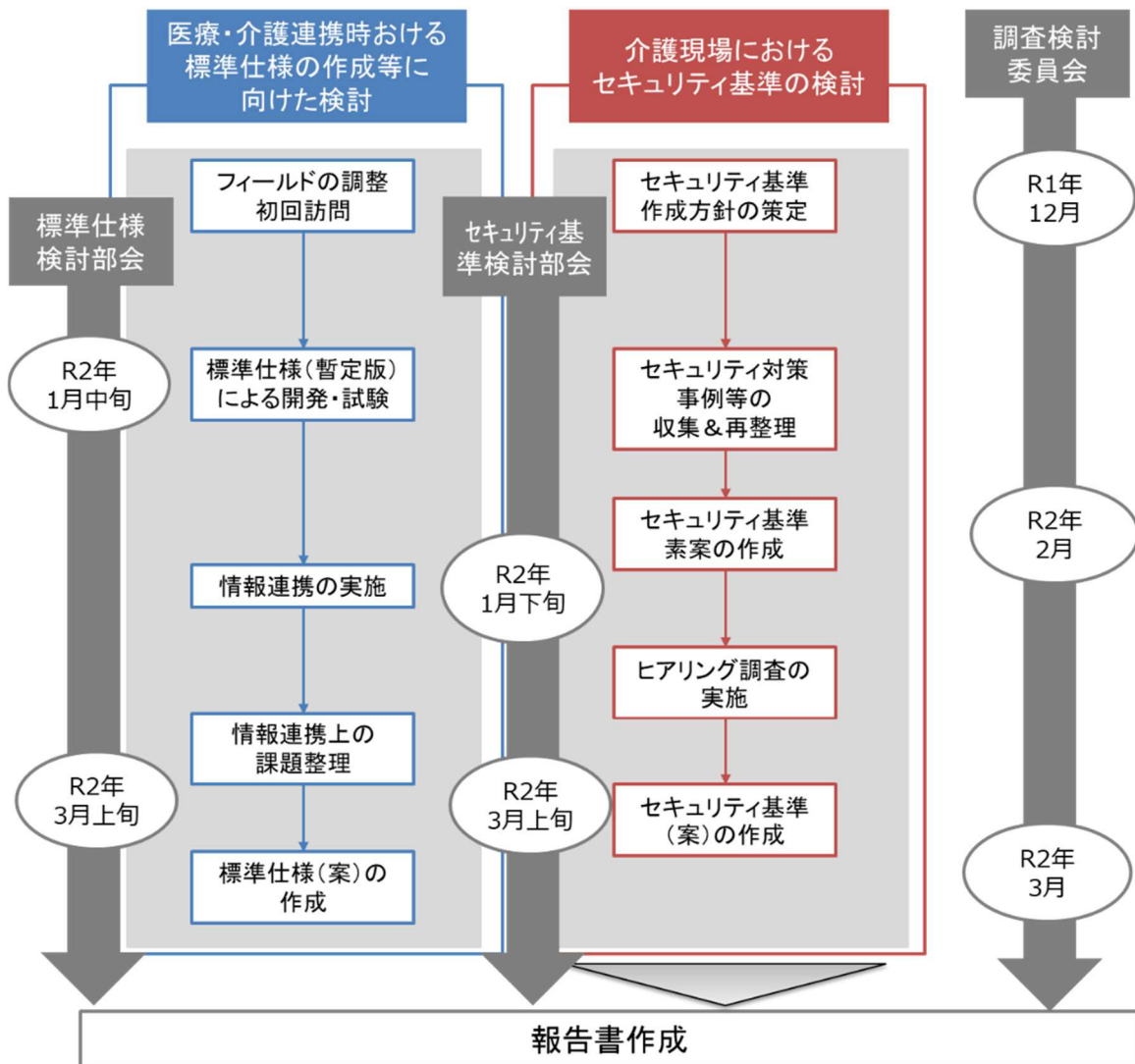
開催日時	場所	議事内容
令和 2 年 1 月 27 日 17:00~19:00	株式会社三菱 総合研究所	1. 入退院時における医療機関と介護事業所間の情報連携に係る標準仕様の作成について 2. 「医療介護連携時における標準仕様」連携データ項目案について 3. 「医療介護連携時における標準仕様」看護情報連携データ項目案について
令和 2 年 3 月 16 日	(書面開催)	1. 「入退院時における医療機関と介護事業所間の情報連携に係る標準仕様」案について 2. 「医療介護連携時における標準仕様」看護情報連携データ項目案について 3. 技術実証結果のご報告について

図表 5 セキュリティ基準検討部会開催日程

開催日時	場所	議事内容
令和2年2月10日 13:00~15:00	株式会社三菱 総合研究所	1. 本事業の全体像と介護現場におけるセキュリティ基準の検討について 2. 介護現場におけるセキュリティ基準の検討内容について
令和2年3月16日	(書面開催)	1. 介護現場におけるセキュリティ基準の検討状況について 2. 介護事業所における介護情報の連携に関する安全管理について(案)の内容について

本事業の流れは以下のとおり。

図表 6 事業の流れ



1.4 本事業の検討体制

本事業の検討委員会および検討部会のメンバーは以下の通り。

図表 7 検討委員会および検討部会メンバー

NO	位置づけ (◎:委員長)	所属	氏名	調査検討 委員会	標準仕様 検討部会	セキュリテ ィ基準検討 部会
1	学識 (◎)	和光大学 学長	井出 健二郎	●		
2	学識	中央大学総合政策学部 准教授	宮下 紘	●		●
3	学識	東京医療保健大学 医療保健学部 医療情報学科 准教授	瀬戸 僚馬	●	●	
4	学識	一般社団法人保健医療福祉情報シ ステム工業会 セキュリティ委員 会 委員長	茗原 秀幸			●
5	関係団体	公益社団法人日本医師会 常任理 事	長島 公之	●		
6	関係団体	公益社団法人日本看護協会 医療 政策部 部長	後藤 裕子	●	●	
7	関係団体	一般社団法人日本介護支援専門員 協会 常任理事	能本 守康	●	●	●
8	関係団体	一般社団法人 全国介護事業者協 議会 顧問	馬袋 秀男	●		●
9	関係団体	一般社団法人保健医療福祉情報シ ステム工業会 医療コンピュータ 一部会 介護システム委員会委員 長 介護改正分科会リーダー	畠山 仁	●	●	
10	関係団体	一般社団法人保健医療福祉情報シ ステム工業会 地域医療システム 委員会 医療介護連携WGリーダー	光城 元博	●	●	
11	関係団体	一般財団法人 医療情報システム 開発センター 医療情報安全管理 部/医療情報利活用推進部門	岡峯 栄子		●	
13	鶴岡市	一般社団法人鶴岡地区医師会 理 事	三原 一郎	●		
14	バンダー	株式会社エス・エム・エス 介護経営支援事業部 部長	岡田 亮一		●	●
15	バンダー	株式会社ワイズマン 企画本部商 品企画部 部長	伊藤 宏光	●	●	●
16	バンダー	株式会社ストローハット 代表取 締役	鈴木 哲	●	●	●
17	バンダー	NDソフトウェア株式会社 医療ヘル スケア事業部 次長	星野 裕一		●	●

◎ : 委員長 (敬称略 50音順)

2. 医療介護連携時における標準仕様の作成等に向けた検討

2.1 目的

入退院時の医療介護連携を行うにあたり、医療現場及び介護現場で共有する事項や共有の形式、共有の方式について、標準仕様（暫定版）を作成し、実証研究（技術検証）の実施による標準仕様（暫定版）の検証結果も踏まえて、標準仕様案の作成等に向けた取り組みを実施した。

2.2 実施内容

- 入退院時の情報連携について

入退院時の医療介護連携を行うにあたって必要と考えられる項目について、実証研究（技術検証）で使用する入退院時の医療介護連携の標準仕様（暫定版）を作成した。

- 標準仕様の作成に向けた取り組み

実証研究（技術検証）の実施で洗い出された課題等を踏まえて、昨年度総務省事業で検討した標準仕様（暫定版）を修正し、入退院時の医療介護連携における標準仕様案の作成に向けた取り組みを行った。

- 看護情報の連携について

介護支援専門員と医療機関、診療所、訪問看護ステーションの間でやり取りされている様式と業務フローを整理することにより、訪問看護ステーション等が持つ看護情報について、居宅介護支援事業所及び医療機関と共有すべき事項及び共有方法について検討を行った。

上記の検討結果を受けて、標準仕様検討部会にて標準仕様案の作成に向けた取り組みを行うかについて検討を行った。なお、標準様式が定められていても、地域で独自の運用を実施している場合があるため、実証研究（技術検証）を実施するフィールド（実証地域）も把握した上で検討を実施した。

- 実証研究（技術検証）の実施について

医療介護連携時における標準仕様の作成等に向けた検討で作成した標準仕様（暫定版）を用いて、山形県鶴岡市をフィールドとして実証研究（技術検証）を実施し、標準仕様案の作成等に向けた検討を行った。

2.3 本研究の対象様式

昨年度総務省事業で標準項目案を作成した入院時情報提供書、退院・退所情報記録書についてデータで連携する場合の標準仕様案を作成した

また、昨年度総務省事業で PDF ファイルによる情報連携の有効性が確認された訪問看護の

情報提供書、訪問看護サマリー、訪問看護計画書のうち、標準様式が存在する訪問看護の情報提供書、訪問看護計画書について標準項目案の検討を行った。更に、昨年度に標準様式が作成された訪問看護記録書Ⅱについても、標準項目案の作成を行った。

図表 8 標準仕様の作成及び技術実証の実施内容

様式名	標準様式	標準仕様／標準項目の作成	昨年度総務省事業 実施内容
入院時情報提供書	有	標準項目案を受けた標準仕様案の作成	標準項目案作成済 CSV データ※1にて実証実施
退院・退所情報記録書	有	標準項目案を受けた標準仕様案の作成	標準項目案作成済 CSV データ※1にて実証実施
訪問看護の情報提供書	有	標準項目案の作成	標準項目案未作成 PDF ファイルにて実証実施
訪問看護計画書	有	標準項目案の作成	標準項目案未作成 PDF ファイルにて実証実施
訪問看護報告書	有	標準項目案の作成	対象外
訪問看護記録書Ⅰ	有	標準項目案の作成	対象外
訪問看護記録書Ⅱ	有	標準項目案の作成	対象外

※1：WG による標準項目案の検討結果を待つと期間的に開発・実装が不可能となったため、標準様式の項目のみを CSV 化したデータで連携を実施。標準項目案によるデータ連携は未実施

2.4 実証研究（技術検証）の体制・内容

昨年度総務省事業で標準項目案を作成した入院時情報提供書、退院・退所情報記録書について、技術実証を行って情報連携を行う際の技術的な課題について検討を行った。また、昨年度事業で PDF ファイルによる情報連携の有効性が確認された訪問看護の情報提供書、訪問看護サマリー、訪問看護計画書のうち、標準様式が存在する訪問看護の情報提供書、訪問看護計画書についてデータによる情報連携の技術実証を行った。更に、昨年度に標準様式が作成された訪問看護記録書Ⅱについても、データによる情報連携の技術実証を行った。

図表 9 標準仕様の作成及び技術実証の実施内容

データ様式名	標準様式	技術実証内容
入院時情報提供書	有	標準仕様案に従った CSV データ※1 による連携を実施
退院・退所情報記録書	有	標準仕様案に従った CSV データ※1 による連携を実施
訪問看護の情報提供書	有	標準項目案に従った JSON データ※2 による連携を実施
訪問看護計画書	有	標準項目案に従った JSON データ※2 による連携を実施
訪問看護記録書Ⅱ	有	標準項目案に従った JSON データ※2 による連携を実施

※1：WG による標準仕様案の検討結果を待つと期間的に開発が不可能となるため、標準仕様案の検討と並行して開発を進めて、事務局案から大きく変更になった項目などについては可能な範囲で対応

※2：WG による標準項目案の検討結果を待つと期間的に開発が不可能となるため、標準項目案の検討と並行して開発を進めて、事務局案から大きく変更になった項目などについては可能な範囲で対応

技術実証は、昨年度総務省事業にて、異なるベンダーの介護業務支援ソフトと医療介護連携システムの間で情報連携を実施した山形県鶴岡市にて以下のとおり実施した。

○実証期間

- ・入退院に係る技術実証：令和2年2月12日～令和2年3月12日
- ・看護情報に係る技術実証：令和2年3月10日～令和2年3月12日

○実証体制

以下の図表 10 のとおり

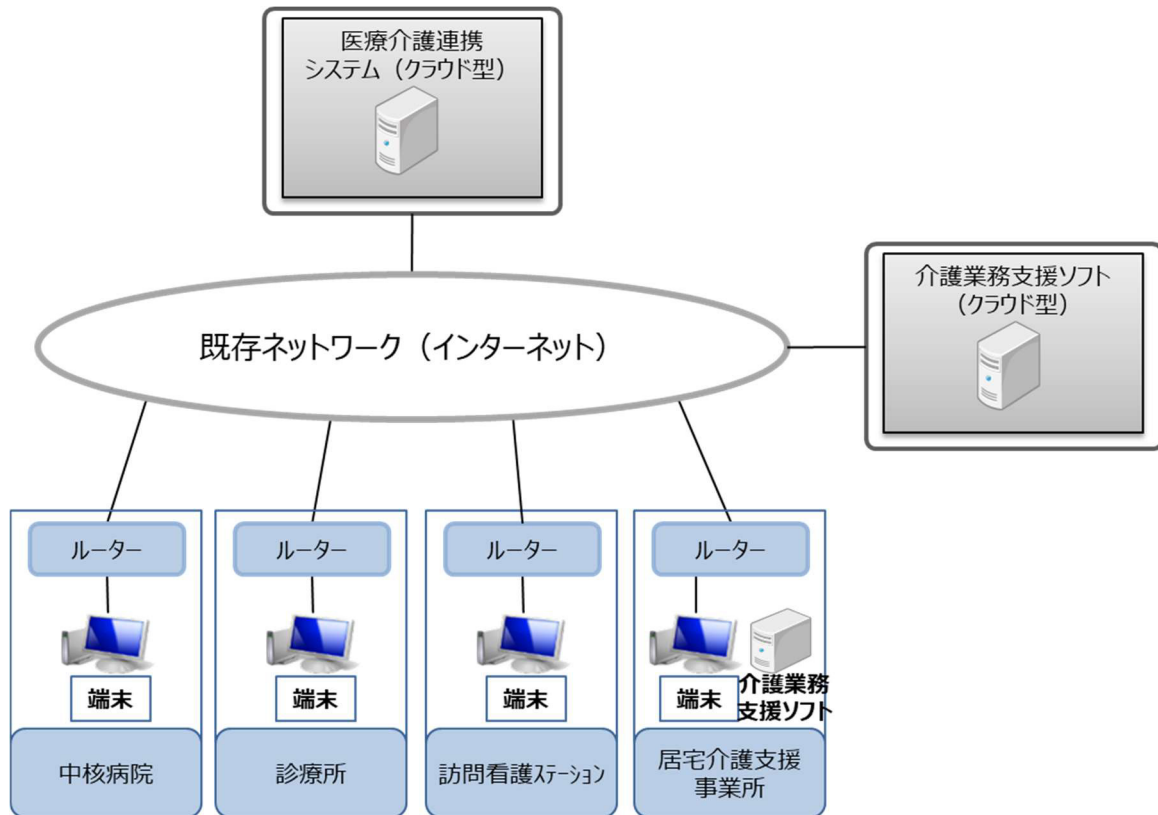
図表 10 技術実証の実施体制

No.	施設/事業者区分	鶴岡地域参加予定施設
1	居宅介護支援事業所	ケアプランセンターふきのとう
2	訪問看護ステーション	訪問看護ステーションハローナース
3	中核病院	鶴岡市立荘内病院（地域連携室）
4	診療所	三原皮膚科 土田内科医院 中村内科胃腸科医院
5	ベンダー	株式会社ワイズマン 株式会社ストローハット

2.5 技術実証実施環境

技術実証を実施したシステム環境は以下の通り。

図表 11 技術実証実施環境



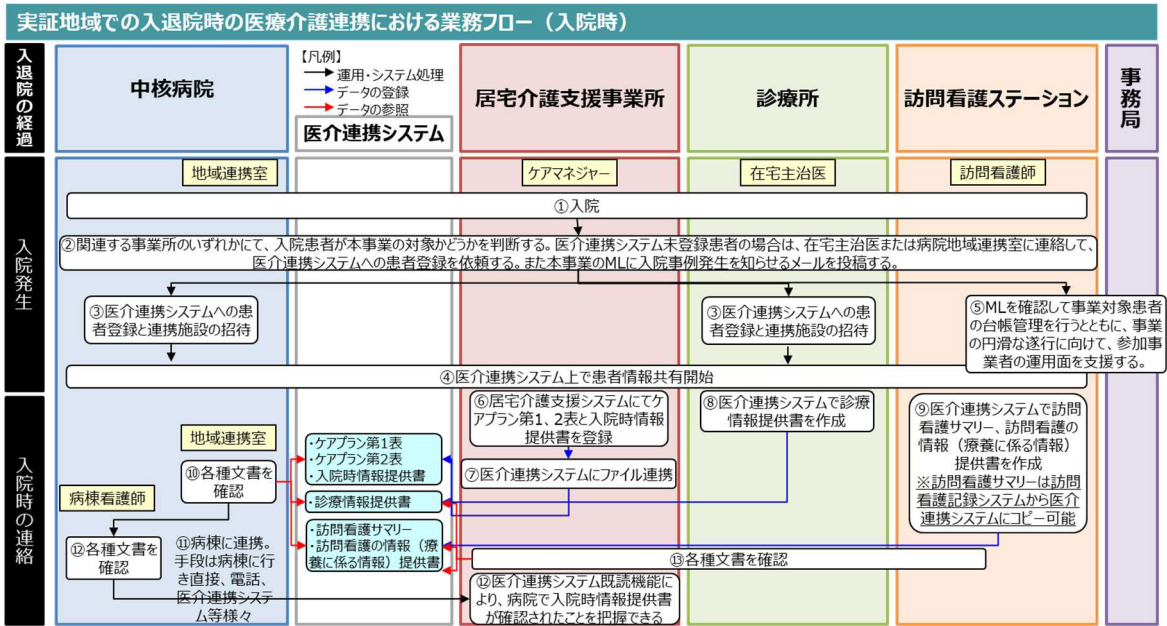
居宅介護支援事業所では、介護業務支援ソフト（クラウド型）と医療介護連携システム（クラウド型）を、訪問看護ステーション、中核病院、診療所では医療介護連携システム（クラウド型）をインターネット経由で利用して技術実証を実施した。

2.6 入退院時の情報連携に向けた検討

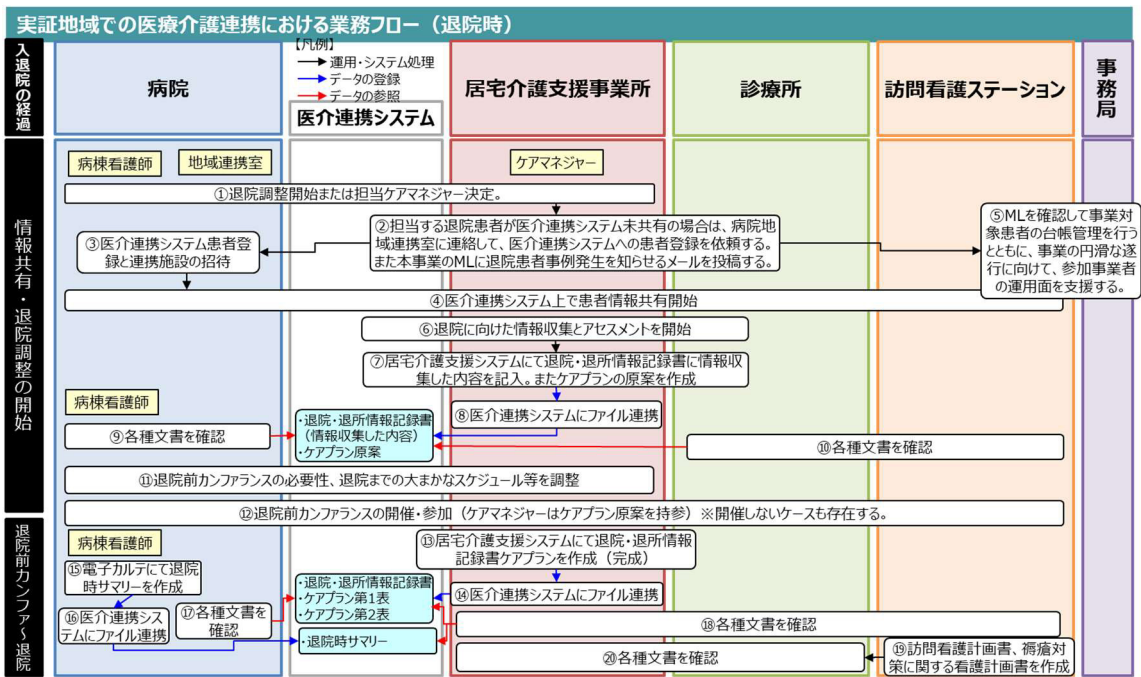
2.6.1 情報連携の対象の業務フロー

入院時情報提供書、退院・退所情報記録書の業務については、以下の流れで実施されることを想定した上で、技術実証を実施した。

図表 12 入院時の業務フロー



図表 13 退院時の業務フロー



2.6.2 標準仕様案作成の方針、考え方

標準仕様案の作成方針や考え方は以下のとおりである。

- 平成 30 年度「医療等分野におけるネットワーク基盤利活用モデルに関する調査研究事業」（総務省）にて作成された入院時情報提供書、退院・退所情報記録書の標準項目案を元にコード化や桁数など詳細を検討する。
- 入院時情報提供書、退院・退所情報記録書の様式に記載されている項目については、変更は行わず、コード化や桁数に関する検討を実施する。各地域にて取捨選択して利用する

拡張項目については、項目の追加・削除も含めてコード化や桁数に関する検討を実施する。

- ICT化によるメリットの一つであるデータの再利用を視野に入れて、様式毎に個別に標準仕様案を作成するのではなく、共通項目はヘッダ情報としてまとめると共に、入院時情報提供書で入力した情報のうち、退院・退所情報記録書で再利用可能なデータ項目についてはそれが分かるようにする。
- 拡張項目の取捨選択にて CSV ファイル形式での情報連携に影響が出ないようにするため、標準項目をすべて記載した後に拡張項目を記載することで、標準項目の順番に影響がでないようにする。
- データ入力作業の負荷軽減とデータの再利用の観点から、入力項目については自由入力欄をできるだけ少なくして標準コード等を選択できる形式とする。但し、全ての項目について広く使われている標準コードが存在するとは限らず、その場合は自由入力欄としながらも入力支援機能などでコード化を実現できるように配慮する。

2.6.3 入院時情報提供書、退院・退所記録書の技術検証結果及び課題

今回の技術検証では、居宅介護支援事業所の業務支援システムと医療介護連携システムとの間で入院時情報提供書、退院・退所情報記録書について、標準仕様に従ったデータ連携を行い、標準仕様に従った情報連携が技術的に可能かの検証を行った。

技術検証期間中にデータ連携を行った件数は入院時情報提供書、退院・退所情報記録書ともに1件ずつで、いずれも標準仕様に従って問題なく情報連携を行えた。

技術検証に参加した居宅介護支援事業所（ケアプランセンターふきのとう）に対し、標準仕様案に関するヒアリングを行った。ヒアリング結果は以下のとおり。

図表 14 居宅介護支援事業所のヒアリング結果

① 標準仕様案の項目に関する意見

- 退院・退所情報記録書の拡張項目については、「服薬の具体内容」は以前からどこに入力すれば良いか戸惑ったことがあったため、追加されて良いと感じた。また、「家族への介護指導の具体的な内容」も標準項目の「療養上の指導」に書ききれない部分があったため、追加されて良かった。家族と同居している利用者に対してはほとんど記入する内容のため、もっと前の「疾患と入院（所）中の状況」に移動させても良いのではないかと。
- 一方、「本人への病状説明・告知」に関しては標準項目でも十分と感じた。
- 入院時情報連携書については、「世帯構成」がチェック式になっており、入力が便利だと感じた。一方で、「家族構成図・家族背景」については入力が難しく、居宅サービス計画書に登録されたものを反映できる仕組みがあると良いのではないかと。
- 退院・退所情報記録書については、リハビリテーションや看護の詳細に関する項目がチェック式になっているのが良かった。「退院後のリハビリの必要性」については、リハビリ目標やリハビリ内容についても項目が設けられていたが、必要性のみでも良いのではないかと。「本人または家族が在宅意向時の住宅改修の必要性」や「本人また

は家族が在宅意向時の福祉用具の必要性」についても、必要性のみで良いと考えられた。

- 入院時情報連携書の「患者住環境における特記事項」等については普段3行程度で入力しているため、現在の文字数（800字）でも問題はない。

② 入力負担に関する感想

- 普段、退院・退所情報記録書を作成するときには一件当たり15～20分ぐらいかかるが、今回は入力の不慣れもあり、対象利用者がターミナルケアマネジメントの対象で記入する内容が多かったことから45分ぐらいかかった。項目数が増えたため、入力に慣れた後でも30分程度はかかるのではないか。（注：実証時には、拡張項目も含めて全て記入いただく形で実施した。）
- 通常の退院・退所情報記録書ではすべての項目を埋めており、今回、入力する項目が1ページから4ページに増えたため、負担に感じられる部分もあった。ただ、チェック式でチェックするのみのものが多い場合やどの項目が必須で入力が必要なのかが一目で把握できれば、負担は減ると考えられる。
- 入院時情報連携書はフリーテキストが少なく、特に、拡張項目の「入院前の介護」で介護サービス利用有無の箇所等、チェック式が多かったのが良かった。

③ 様式間の連動・転記に関する意見

- 現在使用しているシステム上では退院・退所情報記録書を作成する際に入院時情報連携書から利用者氏名と要介護度、担当介護支援専門員名を一部コピーすることができる。利用者の基本情報（利用者氏名、要介護度）と家族構成については様式を作成する際にフェイスシート等の他の様式から自動で転記できると良い。
- 入院前の介護サービスの利用状況については、退院後の居宅サービス計画書を作成する際に活用するため、転記できると良い。

上記のヒアリング結果、課題としては拡張項目の修正等の見直し、入力負担を減らすためのチェック式や選択肢の工夫が挙げられた。特に修正が必要との意見のあった拡張項目の詳細は図表15のとおり。

文字数に関しては、居宅介護支援事業所入退院時情報については現状のまま（800文字）でも問題ないとの意見であった。

図表 15 標準仕様案の拡張項目に関する課題（居宅介護支援事業所）

課題	書式の種類		項目名	詳細
	入院時情報提供書	退院・退所情報記録書		
修正が必要な項目	○		本人への病状説明・告知の内容	
		○	退院後のリハビリが必要な場合のリハビリ目標	
		○	退院後のリハビリが必要な場合のリハビリ内容	
		○	住宅改修が必要な場合の具体的内容	
		○	福祉用具が必要な場合の具体的内容	
	○		家族構成図・家族背景	図表添付形式について要検討

2.6.4 入院時情報提供書、退院・退所記録書の標準仕様案の作成結果

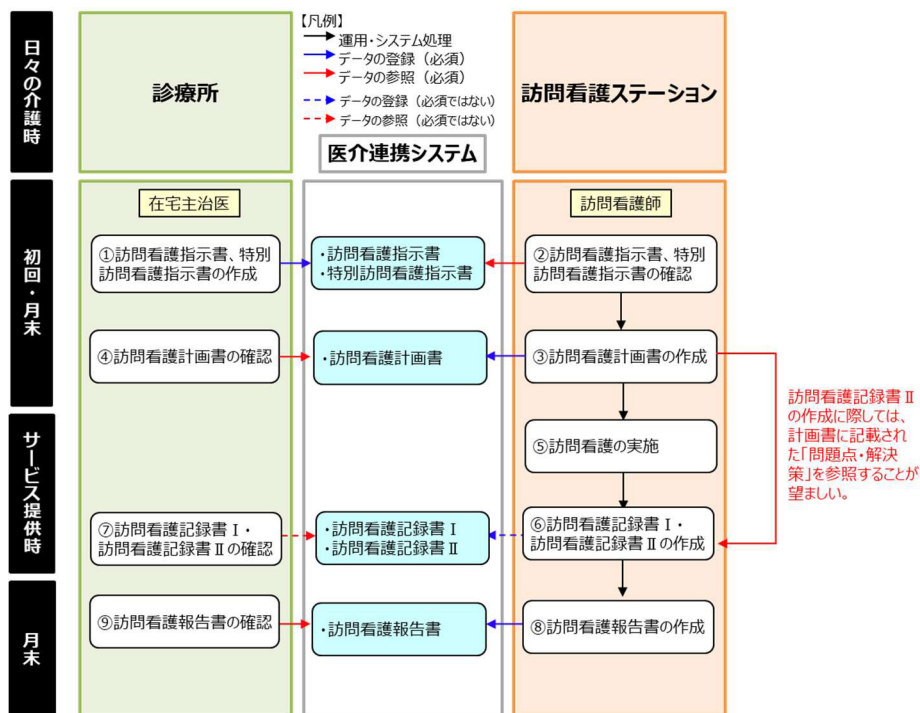
技術検証の結果および検討委員会・検討部会での意見を受け、巻末資料 1 の通りに標準仕様案を整理した。

2.7 看護情報の連携に向けた検討

2.7.1 情報連携の対象の業務フロー

訪問看護の情報提供書、訪問看護計画書と関連した日々の介護時の業務フローについては、以下の流れで実施されることを想定した上で、技術実証を実施した。

図表 16 日々の介護時の業務フロー



2.7.2 標準項目案作成の方針、考え方

標準項目案の作成方針や考え方は以下のとおりである。

- 訪問看護の情報提供書、訪問看護計画書、訪問看護報告書、訪問看護記録書 I の厚生労働省標準様式に従って、標準項目案を作成する。訪問看護記録書 II については、平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「訪問看護の情報標準化のための「訪問看護記録書 II」の記録・共有のあり方に関する調査研究報告書」にて示された標準様式に従って、標準項目案を作成する。
- 厚生労働省標準様式に記載されている項目については変更は行わず、コード化に関する検討を実施する。訪問看護記録書 II については、各地域にて取捨選択して利用する拡張項目についても検討を実施する。
- ICT 化によるメリットの一つであるデータの再利用を視野に入れて、様式毎に個別に標準仕様案を作成するのではなく、共通項目はヘッダ情報としてまとめると共に、日々の訪問看護の中で入力したデータ項目のうち、他の様式でも再利用可能なものについてはそれが分かるようにする。

- データ入力作業の負荷軽減とデータの再利用の観点から、入力項目については自由入力欄をできるだけ少なくして標準コード等を選択できる形式とする。但し、全ての項目について広く使われている標準コードが存在するとは限らず、その場合は自由入力欄としながらも入力支援機能などでコード化を実現できるように配慮する。
- データ項目を構造化したほうが様式の記載内容をデータ化しやすい様式については、構造化が必要なデータ項目について明確にするよう配慮する。

2.7.3 看護情報の連携に関する技術検証結果及び課題

訪問看護ステーションの業務支援システムと医療介護連携システムとの間で、訪問看護の情報提供書、訪問看護計画書、訪問看護記録書Ⅱを対象として、標準項目に従ったデータ連携を行った。

それぞれの様式によるデータ連携の件数は、訪問看護計画書と訪問看護記録書Ⅱともに3件ずつであった。

技術検証に参加した訪問看護ステーション(訪問看護ステーションハローナース)に対し、標準仕様案に関するヒアリングを行った。ヒアリング結果は以下のとおり。

図表 17 訪問看護ステーションのヒアリング結果

<p>① 標準仕様案の項目に関する意見</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 訪問看護記録書Ⅱについては、従来は事業所内の方針として訪問看護計画書で立てた問題点と観察項目、特別管理加算を算定するために観察または処置を行った内容については日々の記録として残すようにしている。チェック項目も独自の一部取り入れている。チェック項目については、標準仕様案より絞り込まれた内容であったため、標準仕様案のチェック項目に当てはめて記録するのは容易であった。より細かく記入が必要な部分については自由記述や課題・問題点の箇所に入力できる。 ➤ 訪問看護記録書Ⅱについては計画への反応や結果については自由記述欄によく記載しているため、項目として立てても良いのではないかと。 ➤ 訪問看護の情報提供書については、現在の項目では記入する箇所がない、処置の手順や注意事項については別紙をつけるようにしている。別紙だけでも2枚あるため、自由記述の欄の文字数は多い方が良い。 <p>② 入力負担に関する感想</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 訪問看護記録書Ⅱについては従来も独自でチェック項目を用いていたが、元々は援助内容を書いた上で小項目をチェックする形だったため、入力しやすいと感じた。 ➤ 看護実践用語標準マスターなどで観察項目や処置内容について選択肢を設けられると、入力負担も減ると考えられる。情報連携したときに他の医療機関や事業所より記録内容に関する照会を受けたことはないが、現在、事業所内でも入力負担を減らすために表現方式の統一について意見出しをしていた。そういったときに参考にできる資

料があると良い。

③ 様式間の連動・転記に関する意見

- 看護サマリーを一から作成するのは負担が大きく、現在使用しているシステム上では立ち上げのときに、前回の記録が引き継がれるか、訪問看護計画書の内容を反映できるように改造してもらっている。前回の記録は時点が古い情報のため、基本情報のみ活用し、その他は書き換える部分が多いが、計画書についてはほぼ日常生活の状況に関する部分の修正のみで作成ができる。

④ その他

- データの二次利用についてはまだ実績はなく、事業所内での情報共有に関しても評価内容や指標が分かっていないため、難しい面がある。
- 現在の訪問看護記録書Ⅱは5日分を1枚にまとめ、週や月単位でまとめて印刷して紙で保管している。紙で保管している理由としては、実地指導のためだけでなく、担当看護師以外の看護師が代理で訪問した場合、資料を持参して確認できるようにするためである。

上記のヒアリング結果、課題としては拡張項目の追加等の見直し、入力負担を減らすためのチェック式や選択肢の工夫が挙げられた。追加が必要との意見のあった拡張項目は、「計画内容への反応や結果」であった。

文字数に関しては、訪問看護の情報提供書の自由記述欄の文字数については余裕をもって決めてもらいたいとの意見があった（実証時は800字）。

2.7.4 看護情報の連携に関する標準項目案の作成結果

技術検証の結果および検討委員会・検討部会での意見を受け、巻末資料2のとおり標準仕様案を整理した。

2.8 標準仕様案に関する今後の課題

第1～3回調査検討委員会、第1,2回標準仕様検討部会での各委員の意見および技術検証の結果を踏まえた標準仕様案に関する今後の課題は以下のとおり。

2.8.1 ファイル形式に関する課題

第1～3回調査検討委員会、第1,2回標準仕様検討部会において各委員から本標準仕様案のファイル形式としては、構造化を表現しづらい CSV ファイルではなく、構造化に対応したファイル形式の検討が必要との意見があった。

また、EHR・PHR との連携も見据えて、将来的に HL7 FHIR などの標準化の動向に対応できるように配慮すべきとのご意見があった。更に、API によるデータ連携の検討を行うべきとの意見もあった。

一方で、介護における既存のデータ連携については CSV ファイルでの連携が多いため、ファイル形式については CSV で統一して欲しいとの意見も出たため、今回の実証を含めた当面のファイル形式については介護ソフトベンダーの意見を反映し、CSV 形式を想定した。但し、技術実証における看護情報の情報連携については、階層構造を表現するために試行的に JSON 形式を採用した。

ファイル形式については、各様式の改定のタイミングにて、標準化の最新動向と普及の状況を見ながら、引き続き検討が必要であると考えられる。

2.8.2 介護事業者の負担軽減のための課題

(1) 様式間の連動・転記に関する検討

本事業では入院時の情報連携と退院時の情報連携における項目の整合性を図り、また入院時の情報の退院時の活用等のため、共通項目をヘッダとしてまとめるかたちで整理した。

今回の技術検証に参加した居宅介護支援事業所からは「利用者の基本情報（利用者氏名、要介護度）と家族構成については様式を作成する際にフェイスシート等の他の様式から自動で転記できると良い」との意見があった。また、訪問看護ステーションからも同様に、看護サマリーを一から作成するのは負担が大きく、介護ソフトでは前回の記録が引き継がれてデフォルト表示されるが、前回の記録は時点が古い情報のため、基本情報のみ活用し、その他は書き換える部分が多いとの意見があった。

今後、入退院時の情報や看護情報については各介護ソフトウェアで作成している利用者台帳等の基本情報を転記することが想定されるため、利用者基本情報、フェイスシートの標準化についても更なる検討が必要である。

また、訪問看護記録書については、訪問看護記録書Ⅱのみの標準化ではなく訪問看護記録書Ⅰと合わせて、訪問看護記録書としての一つの入力と、二つの文書様式のアウトプットとして標準化を進めた方が現場に即しているのではないかと委員からの意見を受け、訪問看護記録書の標準化については引き続き課題が残っている。

(2) 入力負担軽減のための検討

本事業の調査検討委員会や標準仕様検討部会ではなるべく現場の負担を少なくするための検討が行われ、チェック式の入力方式の導入等を行った。また、看護情報については負担軽減のための看護実践用語標準マスター等の表現方法に関する検討も必要との意見があり、今回の技術検証に参加した訪問看護ステーションからも看護実践用語標準マスターなどで観察項目や処置内容について選択肢を設けられると、入力負担も減ると考えられるとの回答があった。

そのため、本事業の成果としてまとめられた標準仕様案の各項目の選択肢として標準やマスター（JAHIS や MEDIS で定めている標準やマスター等）の活用が可能かについては引き続き検討が必要である。

また、標準やマスター（JAHIS や MEDIS で定めている標準やマスター等）を使用する場合は定期的なメンテナンスが必要であるため、本標準仕様案のメンテナンスのスキームについても提示が必要であると考えられる。

2.9 本標準仕様案の活用・周知および普及の課題

本事業の調査検討委員会では本標準仕様案の現場への周知方法について検討するべきとの意見があり、厚生労働省ホームページでの掲載を通じて、介護サービス施設・事業所を含む介護分野の関係者にも広く周知するとともに、仕様内容をもとに介護ソフトを実際に改修する介護ソフトのベンダーにも周知を図ることが必要と考える。また、標準仕様の普及を促進するために、介護サービス施設・事業所に対しては仕様を満たしている介護ソフトの利用、介護ソフトベンダーについては介護ソフトの改修等を要件とした補助金の導入についても検討が必要である。

また、本標準仕様案の公開を受けて、各地域にて医療情報連携ネットワーク等の医療・介護の情報を連携する仕組みを通じて、各地域の標準仕様案の利用項目を取り決めるための議論が行われる可能性がある。その際には、本標準仕様案を利用する各主体が参加した会議等を開き、それぞれの業務と連携する業務に関する意見を収集する、または地域の医療介護関係者へのアンケート調査の結果を受けて、決定する等の調整の仕組み作りの検討も必要となる。

3. 介護現場におけるセキュリティ基準の検討

3.1 目的

介護現場における情報連携を行うにあたり、介護現場間の情報連携を行うための標準仕様書を活用する際等において介護事業所に求められるセキュリティ基準について、現在、介護現場にて実施されているセキュリティ体制やセキュリティ対策事例等を収集し、介護事業所の現状も踏まえ、有識者による検討を行った。

3.2 実施内容

(1) セキュリティ基準

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5版（以降、「医療情報ガイドライン」という。）をセキュリティの基準とした。

(2) 取り扱う情報・対策すべき情報

『『居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様』について』（令和元年5月22日老振発0522第1号厚生労働省老健局振興課長通知）に基づいて介護現場間にて情報連携が行われる情報を対象とした。

(3) 検討の概要

本事業では、過去2年間の事業で把握している医療情報ガイドラインの未対策事項（特に小規模介護事業所において対策率が低い管理策）を中心に、対策実施を支援する情報をまとめた資料（小冊子）を作成した。

具体的には、居宅介護支援事業所と居宅介護サービス事業所の間で、電子データにて居宅サービス計画書第1表、2表、6表、7表の情報連携を実現する場合に必要なセキュリティ要件を検討した。

3.3 介護事業者向け小冊子（介護事業所における介護情報の連携に関する安全管理について）の作成

3.3.1 小冊子作成へ向けた方針、考え方

(1) 現状認識と想定する課題

以下に示す現状認識及び主な想定する課題のとおり、介護事業者は、セキュリティ対策を任命できる人材やリスク分析などを行える人材が不足し、実質的に対策ができない状況であ

るとともに、セキュリティ対策についての意識が低い可能性がある。

図表 18 現状認識・想定する課題

現状認識・想定する課題
1. <u>小規模事業者はリスク分析ができていない傾向がある。</u>
<ul style="list-style-type: none">・ 情報システムの安全管理者として任命できるような人材がいない。・ リスク分析※² 行うことができる人材がいない、または外部委託が行われていない。・ 分析の結果、対策を立てられる人材がいない、または対策のためのサービスを購入するための予算がない。
2. <u>運用管理規程※¹ 等が作成できていない傾向がある。</u>
<ul style="list-style-type: none">・ 情報を扱う機器の設置台数が少ないため、運用管理規程が不要と考えられている。・ 情報を扱う機器があっても持ち出すこと自体がないため、運用管理規程が不要と考えられている。・ 盗難・紛失時の対応の方針が決まっていない。・ 情報の管理者として任命できる人材がいない、または教育する体制がない。・ 情報を台帳として整理していない。
3. <u>小規模事業者はサイバー攻撃等の対策ができていない傾向がある。</u>
<ul style="list-style-type: none">・ BCP※³ の策定できる人材がいない、または BCP の策定を外部委託できるサービスを知らない。・ BCP 策定を外部委託できる予算がない。・ 上記に関する規定の作成が難しい。

※1：システムの運用を適正に行うため定めた規程
※2：組織が守るべき情報資産を洗い出し、個々の情報資産にかかわる損害や影響を発生させる可能性を明らかにする作業のこと
※3：BCP（Business Continuity Plan、事業継続計画）組織が緊急事態に遭遇した場合に事業を継続するため方法や手段、及び平常時に行うべき活動を取り決めておく計画

(2) 作成資料の検討（取り纏め方の参考文献）

(1)で挙げたとおり、介護事業者はセキュリティ対策についての意識が低く、経営者や管理者に対してセキュリティ対策の重要性を理解できる資料、及び短い文章で求められる対策の概要が理解できる資料が必要なため、介護事業者向けに、対策する意義や検討の全体像を示した小冊子(29頁)を作成した。

盛り込んだ内容は以下の通り。

- ① 経営者の責任
- ② 対策すべき医療情報ガイドラインの項目
- ③ 上記②の対策例として、クラウドを利用することで対策できる項目
- ④ 上記②の対策例として、事故発生時の対策

※上記②については、想定アウトプットのスコープを示す。居宅介護支援事業所と居宅介護サービス事業所間での電子データ（特に居宅サービス計画書第1表、2表、6表、7表）の情報連携に求められる対策とした。

上記の小冊子を作成するための参考文献を以下に示す。

図表 19 参考とする資料

- | |
|--|
| <p>■ 医療情報システムを安全に管理するために（第2版）
「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」
～ 全ての医療機関等の管理者向け読本 ～</p> <p>■ 想定読者とその目的</p> <p>➢ 本書は、医療情報システムの導入を検討若しくは決定する立場にある管理者、又は医療情報システムを既に導入し運用している管理者、医療機関等にあつては院長や理事長を主たる読者と想定している。</p> <p>■ 章構成</p> <p>➢ 第1章 本書の位置付けと活用方法</p> <p>➢ 第2章 電子的な医療情報を扱う際の責任の在り方 →上記①に該当</p> <p>➢ 第3章 電子的な医療情報を扱う際の考え方 →上記②に該当</p> <p>➢ 第4章 電子的な医療情報を交換若しくは提供する際の考え方 →上記②に該当</p> |
|--|

3.3.2 作成方法

現状の対策状況や課題認識を踏まえた資料検討案やアンケート実施及び結果の反映についてセキュリティ基準検討部会及び調査検討委員会の意見を受け、小冊子を作成した。

図表 20 指摘内容およびその対応

No	指摘内容	対応
1	医療情報ガイドラインの3.1節の定義にあるように、一部の文書等に限定されているが、7章及び9章の対策も求められることを示すべきである。	追記する。
2	2018年度の医療情報ガイドラインの改定から、介護事業者も医療機関等に含まれている。介護事業者にも対策が求められているということを介護事業者の経営層がわかっていない状況もあるのではないか。そのため、経営層向けの資料も重要。	追記する。
3	対策全体を示すことで文章量が増え、結果的に見られなくなることは避けるべきである。全体の文章量を考慮しつつ、対策を行う際のステップを示すべきである。	少ない文章量でとりまとめる。
4	適切なクラウドサービスの選定・利用で対策できることについては、JAHISのMDS（製造業者による医療情報セキュリティ開示書）を参考に検討を進める方がよい。	MDSの内容をアンケート項目に盛り込む。
5	極端な負荷をかけないで実施できる対策を盛り込むことは重要である。 その点、事故発生時の対策（問い合わせ窓口や連絡先リストの作成等）を解説し、万が一の場合に向けて対策を促す資料は作成した方がよい。	追記する。
6	読めるならば、読んで対策をしているので、読み物を作成しても意味がない。簡単に実施すべきことがわかるように、対策すべき項目のチェックリスト、対策すべき項目がわかるYes/Noチャート（分岐図）を盛り込んだ方がよい。	追記する。
7	医療情報ガイドラインの説明は、箇条書きで文字は最小限がよい。もし、説明文を加えるのであれば、フローチャート等を切り離して巻末に資料として入れるなどの工夫が必要。	小冊子本体は、箇条書き・短文の説明とし、付録に説明文とフローチャートを移動する。
8	医療情報ガイドラインの説明文を追加した方がよい。医療情報ガイドラインの項目の列挙だけでは内容の把握に至らず、結果として読み飛ばされる可能性が高いのではないか。	
9	医療情報ガイドラインの要約は、計9ページ程度がよい。介護事業者は情報セキュリティに関するリテラシーは高くないため、要約も含めて解	

No	指摘内容	対応
	説明いたほうがよい。	
10	同一法人内で細切れの事業所（例えばデイケア事業所と居宅介護支援事業所と訪問介護事業所）があり、管理体制が不明確になりがちのため、個人情報ガイドンス P.36 にある「個人データの共同での利用」の概念を説明した方がよい。	追記する。
11	情報連携を推進する上で、小規模な介護事業所が最優先で取り組むべき事項として優先順位を示した方がよい。	対策の優先順位として、技術的対策、チェックリストを追記する。
12	1.2 守るべきセキュリティの基準の次の段落に「医療情報システムの安全管理に関するガイドラインについて」を挿入し、文書で説明したことを箇条書きで追記した方がよい。	短文による説明を追記。
13	関連法令の記述については、個人情報保護法は、改正が考えられているため注意書きを追記した方がよい。また、介護事業者が介護事業所外に PC を持ち出し、その PC 内に事業者の秘密情報等が含まれる場合も考えられるため、不正競争防止法も追記した方がよい。	追記する。
14	守秘義務の記載については、介護保険法第 69 条の 37 でケアマネジャーの守秘義務を追記した方がよい。	追記する。
15	法的な責任については、医師・歯科医師・薬剤師・助産師による秘密漏示、保健師・看護師・准看護師による秘密漏示も追記した方がよい。	追記する。
16	個人情報の記述は、「速やかに下表の URL を参照して個人情報保護委員会等に対し、報告しなければいけません。」と記載した方がよい。	追記する。

3.3.3 小冊子の概要

(1) 資料名称

介護事業所における介護情報の連携に関する安全管理について

(2) 章構成・各章の概要

介護事業者向けに、対策する意義や求められる管理策や作成すべき運用管理規程についての検討の全体像を説明する小冊子とした。具体的に章構成と各章の概要は以下の通り。

図表 21 章構成・各章の概要

章（分量）	記載する内容
第1章 （3頁）	<p>本書の位置付けと活用方法</p> <p>介護事業者向けの小冊子として、介護事業所における情報連携の意義やセキュリティ対策の必要性、セキュリティ基準である医療情報ガイドライン及び本ガイドラインで取り扱う情報・対策すべき情報を記載した。</p> <p>また、「本書の活用方法」として、各章の概要と想定読者を記載した。</p>
第2章 （3頁）	<p>情報連携における事業経営者の責任</p> <p>介護事業者の経営者の責任について説明する。特に説明する内容として、管理責任、経営責任、説明責任、法的な責任について説明した。</p> <p>また、関連する法例である「個人情報保護法」や介護の有資格者の処罰に関する法令、「e-文書法」及び不正競争防止法の概要を説明し、具体的にどのような処罰が課せられるのかを説明した。</p>
第3章 （6頁）	<p>情報連携における安全管理の全容</p> <p>介護事業所に求められる管理策として医療情報ガイドラインで求められている管理策の全体像・概要を、事例を提示して介護事業所向けに簡潔に説明した。</p> <p>なお、委員会・部会での意見を踏まえて文章の量を最小限とし、詳細は付録Aや医療情報ガイドライン本体で参照できるように、参照先を記載した。</p> <p>また、</p>
第4章 （3頁）	<p>事故発生を想定した対策</p> <p>小規模の介護事業者には、サイバーセキュリティ関連の検討や対策は難しく、求められる対策が、自らに関係し対策すべき内容であると考えていない可能性がある。</p> <p>一方で、最低限の対策としては、インシデント（事故）が発生した場合を想定し、緊急時の対応を予め定めておく必要がある。</p> <p>そのため、基準である医療情報ガイドライン、及び他の関連情報を参考に、インシデント対策に求められる内容や考え方を解説し、介護事業者が自ら規定を作成できるようにした。</p>

章（分量）	記載する内容
付録 A (11 頁)	情報連携における安全管理の考え方（解説編） 情報連携における安全管理の考え方として、医療情報ガイドラインで求められる管理策では、どのような業務について関連する管理策があるのかを説明した後に、各対策の考え方やポイントを説明する。
付録 B (1 頁)	クラウドサービス等のチェック項目 クラウドサービス等を選定する際に、クラウドサービス等の提供者に対してチェックを依頼することで自らが対策すべき項目をどれだけ実施しているかをチェックできるリストを作成した。

3.4 介護ソフトベンダー向けアンケート

3.4.1 目的

クラウドサービスを利用した場合、情報管理の集約、均一化などが実現でき、クラウドサービスのセキュリティ対策を確認することで、介護事業所の情報管理を実現できることを想定した。

一方で、クラウドサービスを利用するだけでセキュリティ対策が実施できるわけではなく、利用環境に関する注意点や守るべき管理策についても解説する必要がある。

これらの点を示すために、セキュリティ基準検討部会の委員である介護ソフトベンダーに対して、アンケート調査を実施した。

3.4.2 調査概要

セキュリティ基準検討部会の委員である事業者に対してアンケート調査を行い、その結果を取りまとめる。

(1) 調査内容

調査内容は以下の通りである。

- クラウドサービスで対応できる MDS（製造業者による医療情報セキュリティ開示書チェックリスト）の項目
- その他、クラウドサービスを利用することで対策可能な項目
- 上記の前提となる考え方（クラウドサービスの範囲、取り扱う情報、クラウドサービスへのアクセス環境や端末など）

(2) 協力事業者

介護業務支援ソフトベンダーの 4 社にアンケートの回答を依頼した。

(3) 調査・集計結果の利用

アンケート集計結果をまとめ、クラウドサービスのチェックリスト等として小冊子の付録を作成した。

3.4.3 調査結果

(1) MDS 対応のアンケート集計結果

図表 22 に示したアンケート集計結果では、73 の項目に対して、43 項目（64%）はいずれか 1 社以上が対応している結果であった。アンケート回答者は 4 社であり、0%対応が 26 項目、25%対応が 16 項目、50%対応が 18 項目、75%対応が 13 項目、100%対応が 0 項目であった。特に対応している項目は、以下の 4 点であった。

- アクセス制御、アクセスログ
- 接続先認証、通路の暗号化
- サーバ及びネットワークの冗長化
- 運用管理規程を定めるために必要な情報を取扱説明書等の文書で提供

以上の内容を踏まえ、今回の調査で対応している項目を抜粋し、クラウドサービス事業者に提示し、確認してもらうことで対策済とできるかを確認できるリストを作成する。

図表 22 アンケート集計結果(MDS 対応)

調査項目	対応
医療機関における情報セキュリティマネジメントシステムの実践 (6. 2)	
1 扱う情報のリストを提示してあるか? (6. 2. C1)	0%
物理的安全対策 (6. 4)	
2 覗き見防止の機能があるか? (6. 4. C5)	0%
技術的安全対策 (6. 5)	
3 離席時の不正入力防止の機能があるか? (6. 5. C4)	0%
4 アクセス管理の機能があるか? (6. 5. C1)	75%
4. 1 アクセス管理の認証方式は? (6. 5. C1)	
・ 記憶 (ID・パスワード等)	75%
・ 生体認証 (指紋等)	0%
・ 物理媒体 (IC カード等)	25%
・ その他 (具体的な方法を備考に記入してください)	0%
・ 上記のうちの二要素を組み合わせた認証	0%
4. 1. 1 パスワードを利用者認識手段として利用している場合、パスワード管理は可能か? (6. 5. C11(1)~6. 5. C11(3))	75%
4. 1. 2 セキュリティ・デバイスを用いる場合に破損等で本人の識別情報が利用できない際の	0%

調査項目	対応
代替機能があるか？ (6. 5. C3)	
4. 2 利用者別、職種別の情報区分ごとのアクセス管理機能があるか？ (6. 5. C6)	75%
4. 3 アクセス記録(アクセスログ)機能があるか？ (6. 5. C7)	75%
4. 3. 1 アクセスログを利用者が確認する機能があるか？ (6. 5. C7)	50%
4. 3. 2 アクセスログへのアクセス制限が出来るか？ (6. 5. C8)	75%
5 時刻情報の正確性を担保する仕組みがあるか？ (6. 5. C9)	50%
6 不正ソフトウェア対策を行っているか？ (6. 5. C10)	0%
7 無線 LAN を利用する場合のセキュリティ対策機能はあるか？ (6. 5. C. 12)	0%
情報および情報機器の持ち出しについて (6. 9)	
8 ソフトウェアのインストールを制限する機能があるか？ (6. 9. C9)	0%
9 外部入出力装置の機能を無効にすることができるか？ (6. 9)	0%
10 管理区域外への持ち出しの際、起動パスワード等のアクセス制限機能もしくは暗号化機能があるか？ (6. 9. C6、6. 9. C7)	0%
災害、サイバー攻撃等の非常時の対応 (6. 10)	
11 非常時機能又は、非常時アカウントを持っているか？ (6. 10. C3)	25%
外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理 (6. 11)	
12 「外部と個人情報を含む医療情報を通信する機能」や「リモートメンテナンス機能」を有するか？ (6. 11. C1)	50%
12. 1 なりすましの対策(認証)機能を有するか？ (6. 11. C3)	75%
12. 2 データの暗号化(SSL/TLS、S/MIME、ファイル暗号化など)が可能か？ (6. 11. C5)	75%
12. 3 ネットワークの経路制御・プロトコル制御に関わる機能を有しているか？ (6. 11. C4)	25%
12. 3. 1 ネットワークの経路制御・プロトコル制御に関わる機能は、安全管理ガイドラインを満たす設定が可能か？ (6. 11. C4)	50%
12. 3. 1. 1 対応している通信方式はどれか？ (6. 11. C4、C10)	
・専用線	0%
・公衆網	25%
・IP-VPN	25%
・IPsec-VPN	25%
・TLS1.2 高セキュリティ型、クライアント認証	50%
12. 3. 2 ネットワークの経路制御・プロトコル制御に関わる機能の適正さ(回り込み対策を含む)を証明できる文書があるか？ (6. 11. C4、C10)	25%
12. 4 リモートメンテナンス機能を有するか？ (6. 11. C7)	50%
12. 4. 1 リモートメンテナンスサービスに関し、不必要なりモートログインを制限する機能があるか？ (6. 11. C7)	75%
保存が義務付けられている文書を扱っている場合のみ下記対象	
法令で定められた記名・押印を電子署名で行うことについて (6. 12)	
13 記名・押印が義務付けられた文書を扱っているか？ (6. 12. C. (1))	50%

調査項目	対応
13. 1 HPKI 対応もしくは認定認証局が発行する証明書対応の署名機能があるか？ (6.12.C.(1))	0%
13. 2 HPKI 対応もしくは認定認証局が発行する証明書対応の検証機能があるか？ (6.12.C.(1))	0%
13. 3 日本データ通信協会認定のタイムスタンプが付与可能か？ (6.12.C.(2))	0%
13. 4 日本データ通信協会認定のタイムスタンプが検証可能か？ (6.12.C.(2))	0%
13. 5 保存期間中の文書の真正性を担保する仕組みがあるか？ (6.12.C.(2))	0%
真正性の確保について(7.1)	
14 入力者及び確定者を正しく識別し、認証を行う機能があるか？ (7.1.C.(1).a-1)	75%
14. 1 区分管理を行っている対象情報ごとに、権限管理(アクセスコントロール)の機能があるか？ (7.1.C.(1).a-2)	75%
14. 2 権限のある利用者以外による作成、追記、変更を防止する機能があるか？ (7.1.C.(1).a-2)	75%
15 システムが端末を管理することによって、権限を持たない者からのアクセスを防止する機能があるか？ (7.1.C.(1).a-3)	25%
16 システムは記録を確定する機能があるか？ (7.1.C.(2).a-1)	50%
16. 1 確定情報には、入力者及び確定者の識別情報、信頼できる時刻源を用いた作成日時が含まれているか？ (7.1.C.(2).a-1)	50%
16. 2 「記録の確定」を行うにあたり、内容の確認をする機能があるか？ (7.1.C.(2).a-2)	50%
16. 3 確定された記録に対して、故意による虚偽入力、書き換え、消去及び混同を防止する機能があるか？ (7.1.C.(2).a-4)	0%
17 装置が確定機能を持っていない場合、記録が作成される際に、当該装置の管理責任者や操作者の識別情報、作成日時を含めて記録する機能があるか？ (7.1.C.(2).b-1)	0%
18 確定された診療録等が更新された場合、更新履歴を保存し、更新前後の内容を参照する機能があるか？ (7.1.C.(3)-1)	50%
18. 1 同じ診療録等に対して更新が複数回行われた場合、更新の順序性を識別できる機能があるか？ (7.1.C.(3)-2)	75%
19 代行入力の承認機能があるか？ (7.1.C.(4))	0%
19. 1 代行入力が行われた場合、誰の代行が誰によっていつ行われたかの管理情報を、その代行入力の都度、記録する機能があるか？ (7.1.C.(4)-2)	0%
19. 2 代行入力により記録された診療録等を、確定者による「確定操作(承認)」を行う機能があるか？ (7.1.C.(4)-3)	0%
見読性の確保(7.2)	
20 目的に応じて速やかな検索結果の出力機能があるか？ (7.2.C.(3))	50%
21 システム障害に備えた冗長化手段や代替的な見読化手段はあるか？ (7.2.C.(4))	50%
21. 1 冗長化の内容は？ (7.2.C.(4))	
・サーバの冗長化	50%
・ネットワークの冗長化	50%
・ストレージの冗長化	50%

調査項目	対応
・その他の手段(具体的な方法を備考欄に記入してください)	0%
2 1. 2 システム障害に備えた代替的な見読化手段があるか? (7. 2. C. (4))	25%
保存性の確保(7. 3)	
2 2 いわゆるコンピュータウイルスを含む不適切なソフトウェアによる情報の破壊・混同が起こらないようにするための防護機能があるか? (7. 3. C. (1)-1)	25%
2 3 記録媒体及び記録機器の保管及び取扱いについて、医療機関等が運用管理規程を定めるために必要な情報が、取扱説明書等の文書として提供されているか? (7. 3. C. (2)-1)	50%
2 4 情報の保存やバックアップについて、医療機関等が運用管理規程を定めるために必要な情報が、取扱説明書等の文書として提供されているか? (7. 3. C. (2)-2)	25%
2 5 システムが保存する情報へのアクセスについて、履歴を残す機能があるか? (7. 3. C. (2)-4)	25%
2 5. 1 システムが保存する情報へのアクセスについてその履歴を管理するための機能があるか? (7. 3. C. (2)-4)	25%
2 6 システムが保存する情報がき損した時に、バックアップされたデータを用いて、き損前の状態に戻すための機能があるか? (7. 3. C. (2)-5)	25%
2 7 記録媒体が劣化する以前に情報を新たな記録媒体又は、記録機器に複写する機能があるか? (7. 3. C. (3)-1)	25%
2 8 システムの移行の際に診療録等のデータを標準形式が存在する項目に関しては標準形式で、標準形式が存在しない項目では変換が容易なデータ形式にて出力及び入力できる機能があるか? (7. 3. C. (4)-1)	50%
診療録等をスキャナ等により電子化して保存する場合について(9.)	
2 9 診療録などをスキャナ等により電子化して保存する機能があるか? (9. 1. C-1)(9. 4.)	0%
2 9. 1 光学解像度、センサ等の一定の規格・基準を満たすスキャナを用いているか? (9. 1. C-1)	0%
2 9. 2 電子署名・タイムスタンプ等を行える機能があるか? (9. 1. C-2)(9. 4. C-2)	25%

(2) MDS 以外及び詳細なセキュリティ機能及び運用に関するアンケート集計結果

図表 23 のアンケート集計結果の通り、IoT 機器（医療情報ガイドライン 6.5-13）、リモートメンテナンス（医療情報ガイドライン 6.8、6.11-07）については、サービス提供している事業者が存在しているため、小冊子の付録に確認すべき項目として記載した。なお、リモートメンテナンス（医療情報ガイドライン 6.11-07）は、MDSに含まれているため、既に項目として盛り込まれている。

図表 23 アンケート集計結果(MDS 以外)

No	機能 (運用代行等を含む)	該当/非該当				参考※
		A 回答	B 回答	C 回答	D 回答	
1	覗き見防止対策	非該当	—	非該当	非該当	6.4-05
2	無線 LAN (アクセスポイント) の貸出・運用委託	非該当	—	非該当	非該当	6.5-12
3	ウェアラブル機器 (販売・運用代行を含む)	非該当	—	非該当	非該当	6.5-13
4	IoT 機器 (販売・運用代行を含む)	該当	—	該当	非該当	6.5-13
5	ウイルス対策、標的型メール攻撃対策 (MTU 等の販売・運用代行を含む)	非該当	—	非該当	非該当	6.10-03
6	経路保証、通信切断時の対策 (通信に関する SLA 等による規定を含む)	非該当	—	非該当	非該当	6.11-06 6.10-04
7	リモートメンテナンス	該当	—	該当	非該当	6.8、 6.11-07
8	保健医療福祉分野 PKI 認証局発行の電子証明書等 (他の電子証明書も含む)	非該当	—	非該当	非該当	6.12
9	タイムスタンプ	非該当	—	非該当	非該当	6.12

※上記の参考は、医療情報ガイドラインの評価項目工番。

3.5 セキュリティ対策に関する課題

セキュリティ基準検討部会及び調査検討委員会の検討を通じて得られたセキュリティ対策に関する課題を以下に示す。

図表 24 セキュリティ対策に関する課題

No	分類	課題
1	個人情報・要配慮情報の特定	介護事業所が扱うケアプラン、介護サービス提供にかかる計画、提供したサービス内容等の記録等には、個人情報が含まれるが、具体的には、詳細な情報の場合は、個人情報であるか否かが不明な部分もあるのではないかと推測される。そのため介護事業で取り扱う情報が、個人情報や要配慮情報等に含まれるのかについて、具体的な例を示して、求められる対策や管理を促す必要がある。
2	介護分野のセキュリティガイドラインの作成	医療と介護は取り扱う情報が異なるため、求めるセキュリティ対策も異なる可能性がある。そのため、医療セキュリティガイドラインを基にして検討を行ったが、より詳細な対策を検討するためには、介護事業者が扱う情報の特性に応じて求められるセキュリティ対策を検討する必要がある。
3	実施のサポート体制	介護事業者のセキュリティ対策をサポートする体制が必要ではないかと推測される。介護事業者の基本的な安全管理のチェックや ISMS 実践サポートなどを支援する体制が必要である。
4	情報の取り扱いに関する注意喚起	本件の情報連携とは別に、利用者家族から求められる SNS での対応を苦慮する担当者（サービス提供責任者、訪問看護、ケアマネジャー）といった課題がある。同様に、事業所や事業所間での職員間のやりとり等でも SNS が利用されることも推測できる。そのため、情報漏えい対策として喚起する必要がある。
5	コストの提示	小冊子で示した対策やチェックリストの一部には、初期投資や維持コストがどのくらいになるのかわからないため導入や利用が進まないといった課題もあると推測される。そのため、これらのコストについて事業所規模に応じた標準価格等を示す必要がある。
6	システム等の共同契約	介護現場では小規模事業所も多く、ICT リテラシーの高い職員がいない、専門業者とのサポート契約も結んでいないという課題もあると推測される。そのため、個々の事業所が各々ベンダーと契約するのではなく、一定のまとまりのある単位でシステム導入・メンテナンスを行うか圏域ごとのサポート体制を考える必要がある。

4. 事業のまとめ

4.1 医療介護連携時における標準仕様の作成等に向けた検討

本事業で対象とした医療介護の情報連携では、入退院時では入院時情報提供書、退院・退所情報記録書、訪問看護の情報提供書にて、日々の介護時では訪問看護計画書、訪問看護計画書、訪問看護記録書Ⅰ、訪問看護記録書Ⅱ、訪問看護報告書にて情報連携を行っている。従来の紙による情報連携では、これらの各様式は個別に存在しており、情報連携が必要となるタイミングにてその都度各様式の各項目を書き込んでいたが、各様式には共通の項目もあるため、同じ情報を何度も書き込むという業務上の負担が発生していた。今回の標準仕様及び標準項目の検討では、ICT化のメリットの一つであるデータの転記の容易さを最大限に活かすために、様式間で同じ項目については共通項目としてまとめることで、介護現場での情報連携時に既に存在する情報については何度も入力しなくて済むようにできるように配慮した。また、同じ項目ではあるが、様式の記載時のタイミングが異なる関係で、必ずしも同じ情報が入るとは限らない項目については、転記後に修正を可能とすることが分かるように配慮した。しかしながら、今回の検討対象となった様式以外にも、共通の情報を扱っている書式が存在することから、技術実証を行った実証地域へのヒアリングからは、利用者基本情報、フェイスシート、訪問看護サマリーとの連携についての要望も挙げられた。今後は、関係する様式との連携を可能とするために、これらの様式についても標準化を検討することが考えられる。

情報連携に用いられるファイル形式については、介護分野で従来から用いられている CSV ファイルによる連携を当面は想定したが、様式によってはデータの階層構造を表現する必要があることから、階層構造を表現できるファイル形式を採用することが望ましいことが指摘された。また、医療分野とのスムーズな連携を実現するためにも、医療分野での情報連携の標準化の動向と連動できる形での実装方式を検討すべきとの指摘もあった。

上記のデータの二重入力の防止による負荷軽減に並ぶ ICT 化によるメリットの一つは、入力項目を選択式などにより、入力を容易にできることである。この選択式を実現するには、各種標準コードの活用が考えられる。この標準コードの活用は、入力されたデータを二次利用する際にも効果を発揮し、各現場で入力されたデータの再利用や比較などが容易となる。しかしながら、全ての項目について世の中で広く普及した標準コードが存在する訳ではなく、普及していないコードを利用することは逆に現場の入力負担を上げてしまうことになるため、広く普及した標準コードが存在しない項目については、一旦は自由記述形式の項目とするが、入力支援機能などによりテキストからコードへの変換を実現することで、入力負荷を軽減すべきことが分かるように配慮した。

標準仕様の作成は、作成して終わりではなく、その運用も重要となる。標準仕様の周知については、厚生労働省ホームページでの掲載を通じて、関係者にも広く周知するとともに、標準仕様の普及を促進するために、標準仕様に準拠した介護ソフトの購入に対する補助金の導入も考えられる。また、地域で取捨選択する拡張項目の活用については、その項目の取捨選択をどのように決めるべきかの運用面の標準化については未検討であり、今後の検討すべき課題となる。

4.2 介護現場におけるセキュリティ基準の検討

介護事業所間の情報連携によって、同じデータを手入力することなく直接参照することが可能となり、直接参照することからデータの即時性も高まるからケアマネジャー等の負担を軽減することができる。

介護事業者が扱うケアプラン等の情報を他の介護事業所と情報連携する際には、非常に多くの個人情報が含まれるため、セキュリティ対策が必要となる。介護現場におけるセキュリティ基準の検討では、実際の介護現場の課題認識として、セキュリティ担当者として配置できるような人材が不足していることやセキュリティ担当を担うようなスキルを持つ人材がいないことに加えて、そもそも介護現場においてはセキュリティ対策に関する意識が低いということを踏まえて検討を行った。

はじめに、セキュリティ対策を実施するためには、事業管理者及び経営者の強い推進力が必要である。そのため、本検討で作成した小冊子「介護事業所における介護情報の連携に関する安全管理について（案）」では、事業管理者及び経営者に管理責任や経営責任があることを説明した。また、医療情報ガイドラインが定義している医療機関等に介護事業者も含まれ、当該ガイドラインに基づく対策を行う必要があることを説明した。

介護事業者における人材不足やスキル不足については、外部リソースの利用や専門家へのアウトソースが有効である。そのため、情報連携や情報の外部保存に利用するクラウドサービス等に対して当該ガイドラインの対応の有無を調査した。その結果、セキュリティ対策済みのクラウドサービス等を利用することで、当該ガイドラインの最大で43項目に対応できることがわかった。この結果を基に、介護事業者がクラウドサービス等を選定する際に、提供者に対してチェックを依頼することで自らの対策を高めることができるチェックリストを作成した。このチェックリストを利用することで、専門的な知識がなくともクラウドサービス等を導入することでセキュリティ対策を実施できる。

上記のとおり、本検討では、クラウドサービス等を導入する際にセキュリティ対策の実施を高める方法を示した。一方で、セキュリティ対策は、継続的に実施するものであり、人材が不足している介護事業者に対しては、運用時を含めたサポートや情報提供が必要である。クラウドサービス等をはじめとするICT利活用については、導入時だけではなく、運用時における技術面でのサポートが必要である。また、導入コストだけではなく、維持コストも重要であり、導入コストと維持コストの概要がわかることで、今よりも導入を進めることができる可能性がある。

さらに、介護事業者特有の課題として、介護現場で扱う情報の詳細な分析も必要となる。介護現場が取り扱う情報の中には、個人情報や要配慮情報等に該当するか明確ではない情報もある。例えば、介護者の当日の顔色のよし悪しなどは要配慮情報等に該当するか不明であり、セキュリティ対策を検討する際の情報の重要度やリスク分析も不明となり、その結果、対策方法も不明となる可能性もある。

ICT利活用の運用時のサポートや情報提供及び、介護事業者が取り扱う情報の詳細分析は、今後の検討すべき課題であり、今回作成した小冊子は今後も引き続き見直しを行っていく必要があるものである。

4.3 事業全体のまとめ

過去の事業の中で、文書量の削減などの業務効率化の観点から介護分野における ICT 化の検討が開始され、介護事業所内での情報連携、介護事業所間での情報連携へ検討が進んだ。その結果、介護事業所間での情報連携を普及促進するために介護事業所間での情報連携の標準仕様が作成された。本事業では、これまでの事業の成果として作成された介護事業所間での情報連携の標準仕様を活用する際のセキュリティについて検討を行うとともに、介護事業所と医療機関との間での情報連携について検討が行われ、介護事業所と医療機関の間での入退院時における情報連携の標準仕様案や看護情報の標準項目案を作成し、より一層の介護事業所における ICT 化の普及促進へ向けた取組を行った。

こうした介護分野における ICT 化の促進は、効率化によるコストの低減と情報連携によるサービスの質の向上などのアウトカムの適正化につながり、介護人材不足など、急速に進む超高齢社会の到来によって生じる課題への対策である「健康寿命の延伸」と「良質で安心なサービスの提供」への実効的な実施に繋がるものと考えられる。

一方で、ICT 化の促進による情報の電子データによる管理では、紙による情報連携ではあまり起こりえない 1 時点での同時大量漏えいが起こる可能性があり、個人情報大量漏えいするリスクが発生する。そのため、適切なセキュリティ対策を行う必要があるが、ICT 化による効率化やサービスの質の向上とセキュリティ対策に要する費用のバランスをとることが重要となる。しかし現状では、経営が厳しい状況にある介護事業者の場合、現場で効率化とセキュリティのバランスを取った運用形態が作れるのかはまだまだ難しいといったところが実情となっている。

今後は、今回の入退院時における標準仕様案や看護情報の標準項目案の検討の中で指摘された本事業の対象外の様式との連携による一層の業務効率化とサービスの質の向上を目指すとともに、セキュリティ対策については介護ソフトベンダーの協力やクラウド型システムの導入によるセキュリティの確保など、介護事業所の費用面・運用面の負担を少なくする方策の検討により、ICT 化による効率化・サービスの質の向上とセキュリティ対策に要する負担のバランスが取れる現実的な運用形態を検討することが重要となる。このような検討と並行して、本事業で作成した小冊子等を用いた、現場へのセキュリティに関する普及啓発活動も同時に実施していく必要がある。加えて、ICT に関する知識を持った職員が少ない介護現場の実情を考慮して、市町村に ICT 相談窓口を設置するなどの行政による運用面のサポートについても、今後検討することが望ましい。

【巻末資料1】入退院時連携データ標準仕様案

厚生労働省標準様式項目：厚生労働省標準様式に準拠した項目
 拡張項目：厚生労働省標準様式にはないが、現場のニーズに応じて取捨選択する項目

【必要】
 ◎：緊急時含め迅速に共有すべき項目
 ○：確認できたものから追加すべき項目(緊急時には「不明」とすることも可)

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢	
ヘッダ項目	共通		1	データ処理No.	●		整数(送信データの順序を規定)		10			
			2	種別識別	●		H:入院時情報提供書 HA:入院時情報提供書追記		2			
			3	事業所番号	●		事業所番号		10			
			4	保険者番号	●		保険者番号		8			
			5	被保険者番号	●		被保険者番号		10			
			6	データ記入日	●		YYYYMMDD(「入院時情報提供書データ」の記入日)		8			
			7	記入日		◎	YYYYMMDD		8			
			8	事業所名		◎	自由記述		50			
			9	ケアマネジャー氏名		◎	自由記述		50			
			10	ケアマネジャー電話番号		◎	自由記述		13			
			11	ケアマネジャーFAX番号		◎	自由記述		50			
		入院時情報提供書		12	入院日	●		YYYYMMDD		8		
			13	情報提供日	●		YYYYMMDD		8			
			14	医療機関名		◎	自由記述		50			
			15	ご担当者名		◎	自由記述		50			
厚生労働省標準様式項目	入院時情報提供書		16	患者氏名フリガナ		◎	カタカナ記述		50			
			17	患者氏名		◎	自由記述		50			
			18	患者年齢		◎	整数		3			
			19	患者性別		◎	男/女		○	1	1	男
					○			1	2	女		
			20	患者生年月日		◎	YYYYMMDD		8			
			21	患者住所の郵便番号			自由記述		7			
			22	患者の住所			自由記述		100			
			23	患者電話番号			自由記述		13			
			24	住居の種類			戸建て/集合住宅/非該当		○	1	1	戸建て
					2			集合住宅				
					9			非該当				
			25	患者住居戸建ての場合の階建て			整数		2			
			26	患者住居集合住宅の場合の住居階数			整数		2			
			27	患者住居のエレベーター			有/無/非該当		○	1	1	有
					0			無				
					9			非該当				
			28	患者住環境における特記事項			自由記述		800			
			29	入院時の要介護度 申請中			チェック無/チェック有		○	1	0	チェック無
	1	チェック有										
	30	入院時の要介護度 申請中状態の申請日			YYYYMMDD		8					
	31	入院時の要介護度 区分変更			チェック無/チェック有		○	1	0	チェック無		
			1			チェック有						
	32	入院時の要介護度 区分変更状態の申請日			YYYYMMDD		8					
	33	入院時の要介護度 未申請			チェック無/チェック有		○	1	0	チェック無		
			1			チェック有						
	34	入院時の要介護度			◎	要支援/要介護			2	12	要支援1	
			13				要支援2					
			21				要介護1					
			22				要介護2					
			23				要介護3					
	24	要介護4										
	25	要介護5										
	35	入院時の要介護度 有効期間開始日			YYYYMMDD		8					
	36	入院時の要介護度 有効期間終了日			YYYYMMDD		8					

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢
		利用者基本情報	37	認知症高齢者の日常生活自立度			自立 / I / IIa / IIb / IIIa / IIIb / IV / M / 記載なし	○	2	10	自立
										20	I
										31	IIa
										32	IIb
										41	IIIa
										42	IIIb
										50	IV
										60	M
										0	記載なし
			38	障害高齢者の日常生活自立度			自立 / J1 / J2 / A1 / A2 / B1 / B2 / C1 / C2	○	2	10	自立
										21	J1
										22	J2
										31	A1
										32	A2
										41	B1
										42	B2
										51	C1
										52	C2
										0	記載なし
			39	日常生活自立度の判断 医師の判断			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			40	日常生活自立度の判断 ケアマネジャーの判断			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			41	介護保険の自己負担割合			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			42	介護保険の自己負担割合数			整数		1		
			43	介護保険の自己負担割合 不明			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			44	障害など認定			なし / あり / 非該当	○	1	0	なし
										1	あり
										9	非該当
			45	障害など認定内容 身体			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			46	障害など認定内容 精神			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			47	障害など認定内容 知的			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			48	年金などの種類 国民年金			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			49	年金などの種類 厚生年金			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			50	年金などの種類 障害年金			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			51	年金などの種類 生活保護			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			52	年金などの種類 その他			チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			53	年金などの種類 その他の内容			自由記述		100		
			54	家族構成 独居			○ チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
										0	チェック無
										1	チェック有
			55	家族構成 高齢者世帯			○ チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有
			56	家族構成 子と同居			○ チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無
1	チェック有										
57	家族構成 日中独居			○ チェック無 / チェック有	○	1	0	チェック無			
							1	チェック有			

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢			
		家族の 情報	58	家族構成 その他		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
											1	チェック有		
			59	家族構成 その他内容				自由記述		100				
			60	主介護者氏名				自由記述		50				
			61	主介護者続柄				介護者との続柄を記載		10				
			62	主介護者年齢				整数		3				
			63	主介護者同居 同居				チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
											1	チェック有		
			64	主介護者同居 別居				チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
											1	チェック有		
			65	主介護者電話番号				自由記述		13				
			66	キーパーソン氏名				自由記述		50				
		67	キーパーソン続柄				自由記述		10					
		68	キーパーソン年齢				整数		3					
		69	キーパーソン連絡先				自由記述		100					
		70	キーパーソン電話番号				自由記述		13					
		本人/ 家族の 意向			71	本人の性格/趣味・関心領域 など			自由記述		800			
					72	本人の生活歴			生活歴・価値観について自由記述		800			
					73	入院前の本人の生活に対する意向		○	自由記述。終末期に向けた話し合いや意思表示・確認を含む。		800			
					74	入院前の本人の意向参照		○	同封の居宅介護サービス計画(1)を参照する場合は1	○	1	1	参照する	
												2	参照しない	
					75	入院前の家族の生活に対する意向		○	自由記述。終末期に向けた話し合いや意思表示・確認を含む。		800			
		入院前 の 介護			76	入院前の家族の意向参照		○	同封の居宅介護サービス計画(1)を参照する場合は1	○	1	1	参照する	
											2	参照しない		
					77	入院前の介護サービス利用状況			居宅サービス計画書1,2,3表を確認の場合は1、その他を確認の場合は2/非該当	○	1	1	計画書1/2/3確認	
									2	その他を確認				
									9	非該当				
		今後 の 生活 展望			78	入院前の介護サービス利用状況に係るその他書類名			自由記述		100			
					79	在宅生活に必要な要件			自由記述		100			
					80	退院後の世帯状況 独居				チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無
												1	チェック有	
					81	退院後の世帯状況 高齢世帯				チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無
												1	チェック有	
					82	退院後の世帯状況 日中独居				チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無
												1	チェック有	
					83	退院後の世帯状況 その他				チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無
										1	チェック有			
84	退院後の世帯状況 子と同居							チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
										1	チェック有			
85	退院後の世帯状況 子と同居時の家族構成員数							整数		2				
86	退院後の世帯状況 その他内容							自由記述		100				
87	世帯に対する配慮							不要/必要/非該当	○	1	1	不要		
											2	必要		
											9	非該当		
88	世帯に対する配慮が必要な場合の内容				自由記述		200							
89	退院後の主介護者				入院時主介護者(項目60)と同じかどうかを記載	○	1	1	入院時主介護者(項目60)と同じ					
								2	それ以外					
								9	非該当					
90	退院後の主介護者以外の介護者氏名				自由記述		50							
91	退院後の主介護者以外の介護者続柄				自由記述		10							
92	退院後の主介護者以外の介護者年齢				整数		3							
93	介護力の見込み				介護力が見込める/介護力が見込めない/家族や支援者はいない/非該当	○	1	1	介護力が見込める					
								○	1	2	介護力が見込めない			
								○	1	3	家族や支援者はいない			
								○	1	9	非該当			

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢	
			94	介護力が見込める場合の程度			十分／一部／非該当	○	1	1 十分 2 一部 9 非該当		
			95	家族や同居者等による虐待の疑い			なし／あり／非該当	○	1	0 なし 1 あり 9 非該当		
			96	家族や同居者等による虐待の疑いありの内容			自由記述		800			
			97	今後の在宅生活の展望についての特記事項			自由記述		800			
			カンファレンス	98	「院内の多職種カンファレンス」への参加			希望あり／希望なし	○	1	1 希望あり 0 希望なし	
				99	「退院前カンファレンス」への参加			希望あり／希望なし	○	1	1 希望あり 0 希望なし	
				100	「退院前カンファレンス」へ参加の場合の具体的な要望			自由記述		800		
		101		「退院前訪問指導」を実施する場合の動向			希望あり／希望なし	○	1	1 希望あり 0 希望なし		
			102	麻痺の状況			なし／軽度／中度／重度／非該当	○	1	0 なし 1 軽度 2 中度 3 重度 9 非該当		
			103	褥瘡の有無 なし			チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有		
			104	褥瘡の有無 あり			チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有		
			105	褥瘡ありの場合の内容			自由記述 但し、「DESIGN@褥瘡重症度分類」のコード値を任意で取り込むことも可能	○	800			
			106	移動		○	自立／見守り／一部介助／全介助／非該当	○	1	7 自立 6 見守り 2 一部介助 1 全介助 9 非該当		
			107	移動（室内） 杖		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有		
			108	移動（室内） 歩行器		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有		
			109	移動（室内） 車いす		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有		
			110	移動（室内） その他		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有		
			111	移動（屋外） 杖		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有		
			112	移動（屋外） 歩行器		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有		
			113	移動（屋外） 車いす		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有		
			114	移動（屋外） その他		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有		
		115	移乗			○	自立／見守り／一部介助／全介助／非該当	○	1	7 自立 6 見守り 2 一部介助 1 全介助 9 非該当		
		116	更衣			○	自立／見守り／一部介助／全介助／非該当	○	1	7 自立 6 見守り 2 一部介助 1 全介助 9 非該当		

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢
			117	起居動作			自立/見守り/一部介助/全介助/非該当	○	1	7 6 2 1 9	自立 見守り 一部介助 全介助 非該当
			118	整容			自立/見守り/一部介助/全介助/非該当	○	1	7 6 2 1 9	自立 見守り 一部介助 全介助 非該当
			119	入浴		○	自立/見守り/一部介助/全介助/非該当	○	1	7 6 2 1 9	自立 見守り 一部介助 全介助 非該当
			120	食事		○	自立/見守り/一部介助/全介助/非該当	○	1	7 6 2 1 9	自立 見守り 一部介助 全介助 非該当
			121	食事回数			整数(回/日)		1		
			122	食事時間(朝)			整数(時頃)		2		
			123	食事時間(昼)			整数(時頃)		2		
			124	食事時間(夜)			整数(時頃)		2		
			125	食事制限		○	あり/なし/不明/非該当	○	1	1 0 2 9	あり なし 不明 非該当
			126	食事制限ありの場合の内容			自由記述		400		
			127	食事形態 普通		○	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			128	食事形態 きざみ		○	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			129	食事形態 嚥下障害食		○	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			130	食事形態 ミキサー		○	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			131	UDF等の食形態区分			自由記述 但し、「UDF区分」のコード値を任意で取り込むことも可能		10		
			132	摂取方法 経口		○	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			133	摂取方法 経管栄養		○	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			134	水分とろみ		○	なし/あり/非該当	○	1	0 1 9	なし あり 非該当
			135	水分制限		○	あり/なし/不明/非該当	○	1	1 0 2 9	あり なし 不明 非該当
			136	水分制限の内容			自由記述		100		
			137	嚥下機能			むせない/時々むせる/常にむせる/非該当	○	1	1 2 3 9	むせない 時々むせる 常にむせる 非該当
			138	義歯 なし			チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			139	義歯 あり			チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢	
身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について			140	義歯ありの場合の範囲			部分義歯／総義歯	○	1	4 3	部分義歯 総義歯	
			141	口腔清潔		○	良／不良／著しく不良／非該当	○	1	1 2 3 9	良 不良 著しく不良 非該当	
			142	口臭			なし／あり／非該当	○	1	0 1 9	なし あり 非該当	
			143	排尿		○	自立／見守り／一部介助／全介助／非該当	○	1	7 6 2 1 9	自立 見守り 一部介助 全介助 非該当	
			144	排便		○	自立／見守り／一部介助／全介助／非該当	○	1	7 6 2 1 9	自立 見守り 一部介助 全介助 非該当	
			145	ポータブルトイレ なし		○	チェック無／チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有	
			146	ポータブルトイレ 夜間		○	チェック無／チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有	
			147	ポータブルトイレ 常時		○	チェック無／チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有	
			148	オムツ／パッド／リハビリ なし		○	チェック無／チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有	
			149	オムツ／パッド／リハビリ 夜間		○	チェック無／チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有	
			150	オムツ／パッド／リハビリ 常時		○	チェック無／チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有	
			151	睡眠の状態 良			チェック無／チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有	
			152	睡眠の状態 不良			チェック無／チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有	
			153	睡眠不良の内容			自由記述			100		
			154	眠剤の使用			なし／あり／非該当	○	1	0 1 9	なし あり 非該当	
			155	喫煙			無／有／非該当	○	1	0 1 9	無 有 非該当	
			156	喫煙量			整数			3		
			157	飲酒			無／有／非該当	○	1	0 1 9	無 有 非該当	
			158	飲酒ありの場合の1日当たり飲酒量（合）			整数			2		
			159	視力			問題なし／やや難あり／困難／非該当	○	1	7 6 1 9	問題なし やや難あり 困難 非該当	
			160	眼鏡 なし			チェック無／チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有	
			161	眼鏡 あり			チェック無／チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有	
			162	眼鏡ありの場合の詳細			自由記述			100		

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢		
			163	聴力			問題なし/やや難あり/困難/非該当	○	1	7	問題なし		
										6	やや難あり		
										1	困難		
										9	非該当		
			164	補聴器 なし			無/有			○	1	0	無
												1	有
			165	補聴器 あり			無/有			○	1	0	無
												1	有
			166	言語			問題なし/やや難あり/困難/非該当			○	1	1	問題なし
												2	やや難あり
												3	困難
												9	非該当
			167	意思疎通			○ 問題なし/やや難あり/困難/非該当			○	1	1	問題なし
												2	やや難あり
												3	困難
			168	コミュニケーションに関する特記事項			自由記述				800		
			169	精神面における療養上の問題 なし			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無
												1	チェック有
			170	精神面における療養上の問題 幻視・幻聴			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無
												1	チェック有
171	精神面における療養上の問題 興奮			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
172	精神面における療養上の問題 焦燥・不穏			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
173	精神面における療養上の問題 妄想			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
174	精神面における療養上の問題 暴力/攻撃性			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
175	精神面における療養上の問題 介護への抵抗			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
176	精神面における療養上の問題 不眠			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
177	精神面における療養上の問題 昼夜逆転			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
178	精神面における療養上の問題 徘徊			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
179	精神面における療養上の問題 危険行為			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
180	精神面における療養上の問題 不潔行為			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
181	精神面における療養上の問題 その他			○ チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
182	精神面における療養上の問題 その他の内容			自由記述				800					
183	疾患歴 なし			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
184	疾患歴 悪性腫瘍			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
185	疾患歴 認知症			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
186	疾患歴 急性呼吸器感染症			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
187	疾患歴 脳血管障害			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
188	疾患歴 骨折			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
189	疾患歴 その他			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢
			190	疾患歴 その他の内容			自由記述		800		
			191	最近半年間での入院			あり/なし/不明/非該当	○	1	0 1 2 9	なし あり 不明 非該当
			192	最近半年間での入院理由			自由記述		800		
			193	最近半年間での入院期間開始日			YYYYMMDD		8		
			194	最近半年間での入院期間終了日			YYYYMMDD		8		
			195	入院頻度			(頻度は高い/繰り返している) / 頻度は低い、これまでもある/今回が初めて/非該当	○	1	1 2 3 9	頻度は高い/繰り返している 頻度は低い、これまでもある 今回が初めて 非該当
			196	入院前に実施している医療処置 なし		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			197	入院前に実施している医療処置 点滴		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			198	入院前に実施している医療処置 酸素療法		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			199	入院前に実施している医療処置 喀痰吸引		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			200	入院前に実施している医療処置 気管切開		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			201	入院前に実施している医療処置 胃ろう		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			202	入院前に実施している医療処置 経鼻栄養		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			203	入院前に実施している医療処置 経腸栄養		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			204	入院前に実施している医療処置 褥瘡		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			205	入院前に実施している医療処置 尿道カテーテル		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			206	入院前に実施している医療処置 尿路ストーマ		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			207	入院前に実施している医療処置 消化管ストーマ		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			208	入院前に実施している医療処置 痛みコントロール		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			209	入院前に実施している医療処置 排便コントロール		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			210	入院前に実施している医療処置 自己注射		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			211	入院前に実施している医療処置 その他		◎	チェック無/チェック有	○	1	0 1	チェック無 チェック有
			212	自己注射の内容			自由記述		50		
			213	入院前に実施している医療処置 その他の内容			自由記述		50		
		お薬について	214	内服薬			なし/あり/非該当	○	1	0 1 9	なし あり 非該当
			215	内服液の内容			自由記述		100		
			216	居宅療養管理指導			なし/あり	○	1	0 1 9	なし あり 非該当
			217	居宅療養管理指導者の職種			自由記述		100		
			218	薬剤管理			自己管理/他者による管理/非該当	○	1	1 2 9	自己管理 他社による管理 非該当

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢
退院退所情報記録書	かかりつけ医について	いて	219	薬剤管理者			自由記述		50		
			220	薬剤管理方法			自由記述		100		
			221	服薬状況			処方通り服用／時々飲み忘れ／飲み忘れが多い／処方を守られていない／服薬拒否／非該当	○	1	1 処方通り服用 2 時々飲み忘れ 3 飲み忘れが多い 4 処方を守られていない 5 服薬拒否 9 非該当	
			222	お薬に関する特記事項			自由記述		800		
		223	かかりつけ医機関名		◎	自由記述		100			
		224	医師名		◎	自由記述		50			
		225	医師名フリガナ		◎	自由記述		50			
		226	電話番号			自由記述		13			
		227	診察方法			通院／訪問診療／非該当	○	1	1 通院 2 訪問診療 3 その他 9 非該当		
		228	診察頻度			整数（回／月）		2			
		属性	229	退院・退所時の要介護度		○	要支援1／要支援2／要介護1／要介護2／要介護3／要介護4／要介護5	○	2	12 要支援1	
						○		○	2	13 要支援2	
						○		○	2	21 要介護1	
						○		○	2	22 要介護2	
					○		○	2	23 要介護3		
					○		○	2	24 要介護4		
	230	退院・退所時の要介護度 申請中		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有			
			231	退院・退所時の要介護度 なし		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有	
					232	要介護度の区分変更必要有無		○	あり／なし	○	1
	今回の入院概要	233	入院・入所日					YYYYMMDD（書式上は年号表示）		8	
		234	退院・退所予定日			YYYYMMDD（書式上は年号表示）		8			
		235	入院原因疾患(入所目的等)		◎	自由記述		200			
		236	入院・入所先名		◎	自由記述		100			
		237	入院・入所先棟名			自由記述		50			
		238	入院・入所先病室番号			自由記述		20			
		239	今後の医学管理医療機関名			自由記述		100			
		240	今後の医療管理方法			通院／訪問診療／非該当	○	1	1 通院 2 訪問診療 9 非該当		
				241	現在治療中の疾患 1			自由記述		100	
242				現在治療中の疾患 2			自由記述		100		
243		現在治療中の疾患 3			自由記述		100				
244		現疾患の状況 安定			自由記述 1, 2, 3の番号を入力では		100				
245		現疾患の状況 不安定			自由記述 1, 2, 3の番号を入力では		100				
246		移動手段 自立		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有			
			247	移動手段 杖		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有	
248		移動手段 歩行器				○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有	
			249	移動手段 車いす		○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有	
250		移動手段 その他				○	チェック無／チェック有	○	1	0 チェック無 1 チェック有	
	251		移動手段その他の内容			自由記述		100			

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢		
疾患と入院(所)中の状況			252	排泄方法 トイレ		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
											1	チェック有	
			253	排泄方法 ポータブル		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
												1	チェック有
			254	排泄方法 おむつ		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
												1	チェック有
			255	排泄方法 カテーテルパウチ		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
												1	チェック有
			256	入浴方法 自立		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
												1	チェック有
			257	入浴方法 シャワー浴		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
												1	チェック有
			258	入浴方法 一般浴		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
												1	チェック有
			259	入浴方法 機械浴		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
												1	チェック有
			260	入浴方法 行わず		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
												1	チェック有
			261	食事形態		○	普通/経管栄養/その他/非該当	○	1	1	普通		
												2	経管栄養
												3	その他
												9	非該当
			262	食事形態 (その他)			自由記述		100				
			263	UDF等の食形態区分			自由記述 但し、「UDF区分」のコード値を任意で取り込むことも可能 項目131を転記後に修正する入力支援も可能		20				
			264	嚥下機能 (むせ)			なし/あり/非該当	○	1	0	なし		
												1	あり
												9	非該当
			265	嚥下機能 (むせ) ありの場合の程度			時々/常に/非該当	○	1	1	時々		
												2	常に
												9	非該当
			266	口腔清潔		○	良/不良/著しく不良/非該当	○	1	1	良		
												2	不良
												3	著しく不良
									9	非該当			
267	義歯 なし			項目138を転記後に修正する入力支援も可能	○	1	0	チェック無					
									1	チェック有			
268	義歯 あり			項目139を転記後に修正する入力支援も可能	○	1	0	チェック無					
									1	チェック有			
269	義歯ありの場合の範囲			項目140を転記後に修正する入力支援も可能	○	1	1	部分義歯					
									2	総義歯			
									9	非該当			
270	入院・入所中の義歯使用			なし/あり/非該当	○	1	0	なし					
									1	あり			
									9	非該当			
271	口腔ケア			自立/見守り/一部介助/全介助/非該当	○	1	7	自立					
									6	見守り			
									2	一部介助			
									1	全介助			
									9	非該当			
272	睡眠 良好			項目151を転記後に修正する入力支援も可能	○	1	0	チェック無					
									1	チェック有			
273	睡眠 不良			項目152を転記後に修正する入力支援も可能	○	1	0	チェック無					
									1	チェック有			
274	睡眠不良の状況			項目153を転記後に修正する入力支援も可能		100							
275	眠剤の使用			項目154を転記後に修正する場合は要検討	○	1	0	なし					
									1	あり			
									9	非該当			

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢					
			276	認知・精神			認知機能低下／せん妄／徘徊／焦燥・不穏／攻撃性／その他／非該当	○	1	1	認知機能低下					
				2	せん妄											
			3	徘徊												
			4	焦燥・不穏												
			5	攻撃性												
			6	その他												
			9	非該当												
			277	認知・精神 その他の内容			自由記述				50					
			本人家／族 ／ 意の受け止め			278	本人への病名告知		○	あり／なし／非該当	○	1	1	あり		
							0	なし								
							9	非該当								
							279	本人の病気・障害・後遺症等の受け止め方		○	自由記述			800		
							280	本人の退院後の生活に関する意向		○	自由記述			800		
			281	家族の病気・障害・後遺症等の受け止め方		○	自由記述			800						
				282	家族の退院後の生活に関する意向		○	自由記述			800					
			283	医療処置の内容 なし		◎	チェック有／チェック有			○	1	0	チェック無			
				1	チェック有											
				284	医療処置の内容 点滴		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無		
					1	チェック有										
				285	医療処置の内容 酸素療法		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無		
					1	チェック有										
				286	医療処置の内容 喀痰吸引		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無		
					1	チェック有										
				287	医療処置の内容 気管切開		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無		
					1	チェック有										
				288	医療処置の内容 胃ろう		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無		
					1	チェック有										
				289	医療処置の内容 経鼻栄養		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無		
					1	チェック有										
				290	医療処置の内容 経腸栄養		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無		
					1	チェック有										
				291	医療処置の内容 褥瘡		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無		
					1	チェック有										
				292	医療処置の内容 尿道カテーテル		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無		
1	チェック有															
293	医療処置の内容 尿路ストーマ		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無						
	1	チェック有														
294	医療処置の内容 消化管ストーマ		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無						
	1	チェック有														
295	医療処置の内容 痛みコントロール		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無						
	1	チェック有														
296	医療処置の内容 排便コントロール		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無						
	1	チェック有														
297	医療処置の内容 自己注射		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無						
	1	チェック有														
298	医療処置の内容 自己注射の内容			自由記述				100								
299	医療処置の内容 その他		◎	チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無						
	1	チェック有														
300	医療処置の内容 その他の内容			自由記述				100								
301	看護の視点 なし			チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無						
	1	チェック有														
302	看護の視点 血圧			チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無						
	1	チェック有														
303	看護の視点 水分制限			チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無						
	1	チェック有														
304	看護の視点 食事制限			チェック無／チェック有			○	1	0	チェック無						
	1	チェック有														

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢			
退院後に必要な事柄			305	看護の視点 食形態			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
											1	チェック有		
			306	看護の視点 嚥下			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			307	看護の視点 口腔ケア			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			308	看護の視点 清潔ケア			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			309	看護の視点 血糖コントロール			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			310	看護の視点 排泄			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			311	看護の視点 皮膚状態			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			312	看護の視点 睡眠			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			313	看護の視点 認知機能・精神面			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			314	看護の視点 服薬指導			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			315	看護の視点 療養上の指導			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			316	看護の視点 ターミナル			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			317	看護の視点 その他			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
												1	チェック有	
			318	看護の視点 その他の内容			自由記述					200		
			319	リハビリの視点 なし			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
													1	チェック有
			320	リハビリの視点 本人指導			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
													1	チェック有
			321	リハビリの視点 家族指導			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
													1	チェック有
322	リハビリの視点 関節可動域練習			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			
323	リハビリの視点 筋力増強練習			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			
324	リハビリの視点 バランス練習			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			
325	リハビリの視点 麻痺・筋緊張改善練習			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			
326	リハビリの視点 起居・立位等基本動作練習			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			
327	リハビリの視点 摂食・嚥下訓練			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			
328	リハビリの視点 言語訓練			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			
329	リハビリの視点 ADL練習			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			
330	リハビリの視点 IADL練習			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			
331	リハビリの視点 疼痛管理			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			
332	リハビリの視点 更生装具・福祉用具等管理			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			
333	リハビリの視点 運動耐用力練習			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無						
										1	チェック有			

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢			
			334	リハビリの視点 地域活動支援			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
											1	チェック有		
			335	リハビリの視点 社会参加支援			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
											1	チェック有		
			336	リハビリの視点 就労支援			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
											1	チェック有		
			337	リハビリの視点 その他			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
											1	チェック有		
			338	リハビリの視点 その他の内容			自由記述				100			
			339	禁忌の有無			なし/あり/非該当	○	1	0	なし			
											1	あり		
											9	非該当		
			340	禁忌の内容/留意点			自由記述				800			
			341	症状・病状の予後・予測		○	自由記述				800			
			342	自立した日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)			自由記述				800			
			343	在宅復帰のための整えなければならない要件			自由記述				800			
			344	情報収集1回目聞き取り日			YYYYMMDD							
			345	情報収集1回目情報提供者(職種・氏名)			自由記述				50			
			346	情報収集1回目の会議出席有無			無/有/非該当	○	1	1	有			
											0	無		
											9	非該当		
			347	情報収集2回目聞き取り日			YYYYMMDD							
			348	情報収集2回目情報提供者(職種・氏名)			自由記述				50			
			349	情報収集2回目の会議出席有無			無/有/非該当	○	1	1	有			
											0	無		
											9	非該当		
			350	情報収集3回目聞き取り日			YYYYMMDD							
			351	情報収集3回目情報提供者(職種・氏名)			自由記述				50			
			352	情報収集3回目の会議出席有無			無/有/非該当	○	1	1	有			
											0	無		
											9	非該当		
			拡張項目	入院時情報提供書	利用者基本情報	353	緊急連絡先氏名			自由記述		50		
						354	緊急連絡先住所			自由記述		100		
						355	緊急連絡先続柄			自由記述		10		
						356	緊急連絡先電話番号			自由記述		13		
357	金銭管理 本人						チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
											1	チェック有		
358	金銭管理 その他						チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
											1	チェック有		
				359	金銭管理 その他の内容			自由記述		100				
入院時情報提供書	家族の情報	360		家族構成図・家族背景			図により記述		100					
入院時情報提供書	本人/家族の意向	361		入院前の生活に対する意向を示した家族の続柄		○	自由記述		800					
		362		本人の今後の療養に関する希望(ACPを含む)の有無		○	あり/なし/非該当	○	1	1	あり			
											0	なし		
											9	非該当		
		363		本人の今後の療養に関する希望(ACPを含む)の内容		○	自由記述。		800					
364	家族の今後の療養に関する希望(ACPを含む)の有無		○	あり/なし/非該当	○	1	1	あり						
								0	なし					
								9	非該当					
365	家族の今後の療養に関する希望(ACPを含む)の内容		○	自由記述。		800								

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢				
入院時情報提供書	入院前 の 介 護	入院前 の 介 護	366	入院前の介護サービス利用状況（訪問介護）			利用なし／利用あり	○	1	0	利用なし				
									1		利用あり				
			367	週当たり訪問介護利用回数			整数			2					
			368	入院前の介護サービス利用状況（訪問看護）			利用なし／利用あり	○	1	0	利用なし				
										1		利用あり			
			369	週当たり訪問看護利用回数			整数			1					
			370	入院前の介護サービス利用状況（通所介護）			利用なし／利用あり	○	1	0	利用なし				
										1		利用あり			
			371	週当たり通所介護利用回数			整数			1					
			372	入院前の介護サービス利用状況（通所リハビリ）			利用なし／利用あり	○	1	0	利用なし				
										1		利用あり			
			373	週当たり通所リハビリ利用回数			整数			1					
			374	入院前の介護サービス利用状況（訪問リハビリ）			利用なし／利用あり	○	1	0	利用なし				
										1		利用あり			
			375	週当たり訪問リハビリ利用回数			整数			1					
			376	入院前の介護サービス利用状況（短期入所）			利用なし／利用あり	○	1	0	利用なし				
										1		利用あり			
			377	週当たり短期入所利用回数			整数			1					
			378	入院前の介護サービス利用状況（福祉用具貸与）			利用なし／利用あり	○	1	0	利用なし				
										1		利用あり			
			379	福祉用具貸与内容			自由記述			100					
			380	入院前の介護サービス利用状況（その他利用サービス）			自由記述			100					
			381	施設入所			利用なし／利用あり	○	1	0	利用なし				
										1		利用あり			
			382	入所施設名			自由記述			50					
			入院時情報提供書	身体・生活機能の状況／療養生活上の課題	身体・生活機能の状況／療養生活上の課題	383	移動（室内） ストレッチャー			チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無	
												1		チェック有	
						384	移動（室内） 器具・補助具			チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無	
													1		チェック有
						385	自宅（浴室）入浴			利用なし／利用あり	○	1	0	利用なし	
													1		利用あり
						386	訪問入浴			利用なし／利用あり	○	1	0	利用なし	
													1		利用あり
						387	通所系サービス入浴			利用なし／利用あり	○	1	0	利用なし	
													1		利用あり
						388	食事種類 普通食			チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無	
													1		チェック有
						389	食事種類 治療食			チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無	
										1		チェック有			
390	治療食種類 糖尿病食						チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無				
										1		チェック有			
391	治療食種類 高血圧食						チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無				
							1		チェック有						
392	治療食種類 腎臓病食			チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無							
							1		チェック有						
393	治療食種類 その他			チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無							
							1		チェック有						
394	治療食 その他の内容			自由記述			100								
395	食事摂取量 (kcal)			自由記述			10								
396	摂取方法 IVH			チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無							
							1		チェック有						
397	経管栄養 鼻腔			チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無							
							1		チェック有						
398	経管栄養 胃ろう			チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無							
							1		チェック有						
399	尿器			チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無							
							1		チェック有						

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢		
		題について	400	入院前に実施している医療処置 床ずれ			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
											1	チェック有	
			401	入院前に実施している医療処置 インスリン			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
											1	チェック有	
			402	入院前に実施している医療処置 透析			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
											1	チェック有	
			403	入院前に実施している医療処置 人工呼吸器			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
											1	チェック有	
			404	入院前に実施している医療処置 抗がん剤投与			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
											1	チェック有	
			405	現病名			自由記述					100	
			406	本人への病名告知			○	あり/なし/非該当	○	1	1	あり	
												0	なし
												9	非該当
407	本人への病状説明・告知			○	あり/なし/非該当	○	1	1	あり				
									0	なし			
									9	非該当			
408	本人への病状説明・告知の内容			○	自由記述				400				
409	家族への病状説明・告知			○	あり/なし/非該当	○	1	1	あり				
									0	なし			
									9	非該当			
410	家族への病状説明・告知の内容			○	自由記述				400				
411	既往歴			自由記述					400				
入院時情報提供書		かかりつけ医について	412	診察方法 その他の内容			自由記述		100				
退院退所情報記録書	属性	413	患者生年月日			YYYYMMDD			8				
		414	生活歴・価値観			自由記述			800				
		415	コミュニケーションの状況			問題なし/やや難あり/困難/不可/非該当	○	1	1	問題なし			
										2	やや難あり		
										3	困難		
										4	不可		
										9	非該当		
416	コミュニケーションに関する理由			自由記述				800					
417	家族構成			自由記述				100					
418	キーパーソン氏名			自由記述				50					
419	キーパーソン連絡先			自由記述				100					
退院退所情報記録書		今回の入院概要	420	合併症			自由記述		200				
			421	移動			自立/見守り/一部介助/全介助/非該当	○	1	7	自立		
										6	見守り		
										2	一部介助		
										1	全介助		
										9	非該当		
										0	チェック無		
422	移動手段 ストレッチャー			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無					
								1	チェック有				
423	移動手段 器具・補助具			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無					
								1	チェック有				

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢			
退院退所情報記録書	疾患と入院(所)中の状況		424	移乗			自立/見守り/一部介助/全介助/非該当	○	1	7	自立			
										6	見守り			
										2	一部介助			
										1	全介助			
										9	非該当			
			425	排泄			自立/見守り/一部介助/全介助/非該当			○	1	7	自立	
												6	見守り	
												2	一部介助	
												1	全介助	
												9	非該当	
			426	排泄方法 尿器			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無	
												1	チェック有	
			427	排泄方法カテーテルパウチの詳細			自由記述					100		
			428	服薬管理			自立/見守り/一部介助/全介助/非該当			○	1	7	自立	
												6	見守り	
												2	一部介助	
												1	全介助	
												9	非該当	
			429	服薬内容 持参薬			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無	
												1	チェック有	
			430	服薬内容 処方薬			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無	
												1	チェック有	
			431	服薬内容 塗布薬			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無	
												1	チェック有	
			432	服薬の具体内容			自由記述					100		
			433	更衣			自立/見守り/一部介助/全介助/非該当			○	1	7	自立	
												6	見守り	
												2	一部介助	
												1	全介助	
												9	非該当	
			434	入浴			自立/見守り/一部介助/全介助/非該当			○	1	7	自立	
												6	見守り	
												2	一部介助	
												1	全介助	
												9	非該当	
			435	入浴方法 清拭			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無	
												1	チェック有	
			436	食事			自立/見守り/一部介助/全介助/非該当			○	1	7	自立	
												6	見守り	
												2	一部介助	
												1	全介助	
												9	非該当	
			437	食事種類 普通食			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無	
												1	チェック有	
438	食事種類 治療食			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無				
									1	チェック有				
439	治療食 糖尿病食			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無				
									1	チェック有				
440	治療食 高血圧食			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無				
									1	チェック有				
441	治療食 腎臓病食			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無				
									1	チェック有				
442	治療食 その他			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無				
									1	チェック有				
443	治療食 その他の内容			自由記述					100					
444	食事摂取量 (kcal)			自由記述					10					
445	疼痛			チェック無/チェック有			○	1	0	チェック無				
									1	チェック有				

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢		
退院退所情報記録書		本人家族の受け止め／意向	446	呼吸苦			チェック無／チェック有	○	1	0	チェック無		
											1	チェック有	
			447	本人への病状説明・告知		○	あり／なし／非該当	○	1	1	あり		
											0	なし	
											9	非該当	
			448	本人への病状説明・告知の内容		○	自由記述		400				
			449	家族への病状説明・告知		○	あり／なし／非該当	○	1	1	あり		
											0	なし	
											9	非該当	
			450	家族への病状説明・告知の内容		○	自由記述		400				
			451	受け止めや意向を示した家族の続柄		○	自由記述		10				
			452	家族への介護指導						○	1	1	あり
												0	なし
												9	非該当
			453	家族への介護指導ありの場合の理解状況						○	1	1	十分
												2	不十分
			454	家族の介護指導の理解が不十分な場合の問題点							800		
			455	家族の介護力						○	1	1	あり
												0	なし
												9	非該当
			456	家族の介護力ありの場合の続柄							10		
			457	家族への介護指導の具体的内容							800		
			458	本人の退院先の意向						○	1	1	在宅
												2	施設
												9	非該当
			459	本人の退院先意向が施設の場合の具体的内容							100		
			460	家族の退院先の意向						○	1	1	在宅
												2	施設
												9	非該当
			461	家族の退院先意向が施設の場合の具体的内容							100		
			462	本人または家族が在宅意向時の住宅改修の必要性						○	1	1	あり
												0	なし
												9	非該当
			463	住宅改修が必要な場合の具体的内容							100		
			464	本人または家族が在宅意向時の福祉用具の必要性						○	1	1	あり
												0	なし
												9	非該当
			465	福祉用具が必要な場合の具体的内容							100		
			466	病院主治医名							50		
			467	在宅主治医名							50		
			468	精神面における療養上の問題 なし						○	1	0	チェック無
												1	チェック有
			469	精神面における療養上の問題 幻視・幻聴						○	1	0	チェック無
												1	チェック有
			470	精神面における療養上の問題 興奮						○	1	0	チェック無
												1	チェック有
			471	精神面における療養上の問題 焦燥・不穏						○	1	0	チェック無
									1	チェック有			
472	精神面における療養上の問題 妄想						○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
473	精神面における療養上の問題 暴力/攻撃性						○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
474	精神面における療養上の問題 介護への抵抗						○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
475	精神面における療養上の問題 不眠						○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			
476	精神面における療養上の問題 昼夜逆転						○	1	0	チェック無			
									1	チェック有			

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢
退院退所情報記録書	退院後に必要な事柄	477	精神面における療養上の問題 徘徊			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		478	精神面における療養上の問題 記憶障害			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		479	精神面における療養上の問題 危険行為			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		480	精神面における療養上の問題 不潔行為			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		481	精神面における療養上の問題 意思疎通困難			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		482	精神面における療養上の問題 その他			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		483	医療処置の内容 インスリン			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		484	医療処置の内容 透析			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		485	医療処置の内容 人工呼吸器			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		486	医療処置の内容 抗がん剤投与			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		487	医療処置の内容 中心静脈栄養			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		488	看護の視点 副作用や注意を要する薬剤を使用している場合の指導			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		489	看護の視点 医療処置方法の指導			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		490	看護の視点 家族支援			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		491	看護の視点 水分出納バランスの管理			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		492	看護の視点 感染予防			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
									1	チェック有	
		493	看護の視点 転倒・転落の危険性			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
							1	チェック有			
494	感染症 HBV			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
							1	チェック有			
495	感染症 HCV			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
							1	チェック有			
496	感染症 MRSA発症			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
							1	チェック有			
497	MRSA発症部位 痰			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
							1	チェック有			
498	MRSA発症部位 血液			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
							1	チェック有			
499	MRSA発症部位 尿			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
							1	チェック有			
500	MRSA発症部位 創部			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
							1	チェック有			
501	感染症 その他			チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無			
							1	チェック有			
502	感染症 その他の内容			自由記述				100			
503	退院後のリハビリの必要性			なし/あり/非該当	○	1	0	なし			
							1	あり			
							9	非該当			
504	退院後のリハビリが必要な場合のリハビリ目標			自由記述				200			
505	退院後のリハビリが必要な場合のリハビリ内容			自由記述				800			
506	終末期の過ごし方の希望			○ 自由記述。終末期に向けた話し合いや意思表示・確認を含む。				800			

項目種別	大分類	小分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	桁数	コード値	選択肢	
退院退所情報記録書	A C P		507	本人の今後の療養に関する希望(ACPを含む)の有無		○	あり/なし/非該当	○	1	1	あり	
										0	なし	
											9	非該当
			508	本人の今後の療養に関する希望(ACPを含む)の内容		○	自由記述。			800		
			509	家族の今後の療養に関する希望(ACPを含む)の有無		○	あり/なし/非該当	○	1	1	あり	
											0	なし
											9	非該当
			510	家族の今後の療養に関する希望(ACPを含む)の内容		○	自由記述。			800		
			511	終末期の過ごし方で希望しないもの 点滴		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
											1	チェック有
			512	終末期の過ごし方で希望しないもの 経管栄養		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
											1	チェック有
			513	終末期の過ごし方で希望しないもの 高カロリー輸液		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無	
											1	チェック有
		514	終末期の過ごし方で希望しないもの 心肺蘇生		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
										1	チェック有	
		515	終末期の過ごし方で希望しないもの 挿管・人工呼吸器		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
										1	チェック有	
		516	終末期の過ごし方で希望しないもの 入院治療		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
										1	チェック有	
		517	終末期の過ごし方で希望しないもの その他		○	チェック無/チェック有	○	1	0	チェック無		
										1	チェック有	
		518	終末期の過ごし方で希望しないもの その他の内容		○	自由記述			200			
		519	代理決定者名		○	自由記述			50			
		520	代理決定者名の続柄		○	自由記述			10			
521	代理決定者の連絡先		○	自由記述			50					
522	今後の展望と記載者の意見		○	自由記述			400					
情報記録書	退院退所情報	課題他認識	523	次回受診日			YYYYMMDD		8			
退院退所情報記録書	カンファレンス等情報収集	524	情報収集1回目聞き取り日開始時刻			YYYYMMDDHHMM		12				
		525	情報収集1回目聞き取り日終了時刻			YYYYMMDDHHMM		12				
		526	情報収集1回目聞き取り場所			自由記述		50				
		527	情報収集2回目聞き取り日開始時刻			YYYYMMDDHHMM		12				
		528	情報収集2回目聞き取り日終了時刻			YYYYMMDDHHMM		12				
		529	情報収集2回目聞き取り場所			自由記述		50				
		530	情報収集3回目聞き取り日開始時刻			YYYYMMDDHHMM		12				
		531	情報収集3回目聞き取り日終了時刻			YYYYMMDDHHMM		12				
532	情報収集3回目聞き取り場所			自由記述		50						

【巻末資料2】看護情報 連携データ項目案

標準項目：厚労省標準様式に準拠した項目
 拡張項目：厚労省標準様式にはないが、
 現場のニーズに応じて取捨選択する項目

【必要】
 ○：緊急時含め迅速に共有すべき項目
 ○：確認できたものから追加すべき項目(緊急時には「不明」とすることも可)

項目 種別	分類	項目 番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	コード値	選択肢	
標準項目	共通ヘッダー	1	データ処理No.							
		2	種別識別							
		3	事業所番号							
		4	保険者番号							
		5	被保険者番号							
		6	データ記入日							
		7	記入日							
		8	事業所名				自由記述			
		9	管理者名				自由記述			
		10	電話番号				自由記述			
		11	FAX番号				自由記述			
		12	作成者氏名①				自由記述			
		13	作成者氏名②				自由記述			
		14	利用者氏名フリガナ				自由記述			
		15	利用者氏名							
		16	利用者年齢							
		17	利用者性別							
		18	利用者生年月日							
		19	利用者郵便番号							
		20	利用者住所							
		21	利用者電話番号							
		22	認定状況区分			申請中、未申請、該当なし	○	1 申請中 2 未申請 3 該当なし		
		23	要介護状態区分			要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5	○	1 要支援1 2 要支援2 3 要介護1 4 要介護2 5 要介護3 6 要介護4 7 要介護5		
標準項目	訪問看護計 （ハット） （画書）	24	利用者氏名							
		25	生年月日							
		26	利用者年齢							
		27	要介護認定の状況							
		28	住所							
標準項目	訪問看護計 画書	29	看護・リハビリテーションの目標			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		30	看護・リハビリテーションの目標			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		31	看護・リハビリテーションの目標			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		32	看護・リハビリテーションの目標			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		33	看護・リハビリテーションの目標			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		34	年月日			YYYYMMDD 階層構造を表現できる書式とすること				
		35	問題点①			自由記述 階層構造を表現できる書式とすること				
		36	問題点②			自由記述 階層構造を表現できる書式とすること				
		37	問題点③			自由記述 階層構造を表現できる書式とすること				
		38	問題点④			自由記述 階層構造を表現できる書式とすること				
		39	問題点⑤			自由記述 階層構造を表現できる書式とすること				
		40	解決策①-1			自由記述 階層構造を表現できる書式とすること				
		41	解決策①-2			自由記述 階層構造を表現できる書式とすること				
		42	解決策①-3			自由記述 階層構造を表現できる書式とすること				
		43	解決策①-4			自由記述 階層構造を表現できる書式とすること				
		44	解決策①-5			自由記述 階層構造を表現できる書式とすること				
		45	解決策②-1			自由記述 階層構造を表現できる書式とすること				
		46	解決策②-2			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		47	解決策②-3			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		48	解決策②-4			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		49	解決策②-5			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		50	解決策③-1			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		51	解決策③-2			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		52	解決策③-3			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		53	解決策③-4			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		54	解決策③-5			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		55	解決策④-1			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		56	解決策④-2			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		57	解決策④-3			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		58	解決策④-4			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		59	解決策④-5			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		60	解決策⑤-1			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		61	解決策⑤-2			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		62	解決策⑤-3			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				
		63	解決策⑤-4			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること				

項目種別	分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	コード値	選択肢
標準項目	訪問看護計画書	107	必要量②-2			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		108	必要量②-3			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		109	必要量②-4			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		110	必要量②-5			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		111	必要量③-1			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		112	必要量③-2			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		113	必要量③-3			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		114	必要量③-4			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		115	必要量③-5			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		116	必要量④-1			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		117	必要量④-2			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		118	必要量④-3			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		119	必要量④-4			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		120	必要量④-5			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		121	必要量⑤-1			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		122	必要量⑤-2			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		123	必要量⑤-3			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		124	必要量⑤-4			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		125	必要量⑤-5			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		126	備考（特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等）			自由記述			
		127	作成者①氏名			自由記述			
		128	作成者①職種			看護師、保健師、助産師	○	1 看護師 2 保健師 3 助産師	
		129	作成者②氏名			自由記述			
		130	作成者②職種			理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	○	1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士	
		131	記入日						
		132	宛先事業所名			自由記述			
		133	宛先氏名			自由記述			
134	事業所名								
135	管理者氏名								
136	利用者氏名								
137	生年月日								
138	年齢								
139	要介護認定の状況								
140	住所								
標準項目	訪問看護報告書 （ターハット）	141	訪問日			YYYYMMDD ※構造体で表現すべしは要検討			
		142	保険の種類			介護、医療、医療（精神）、自費、その他 階層構造を表現できる書式とすること	○	1 介護 2 医療 3 医療（精神） 4 自費 5 その他	
		143	職種			看護師、保健師、助産師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他 階層構造を表現できる書式とすること ※訪問看護記録書Ⅱより引用	○	1 看護師 2 保健師 3 助産師 4 准看護師 5 理学療法士 6 作業療法士 7 言語聴覚士 8 その他	
		144	特別訪問看護指示書			チェック無/チェック有 階層構造を表現できる書式とすること	○	0 チェック無 1 チェック有	
		145	緊急時の訪問			チェック無/チェック有 階層構造を表現できる書式とすること	○	0 チェック無 1 チェック有	
		146	複数名訪問			チェック無/チェック有 階層構造を表現できる書式とすること	○	0 チェック無 1 チェック有	
		147	1日に2回以上			チェック無/チェック有 階層構造を表現できる書式とすること	○	0 チェック無 1 チェック有	
		148	長時間訪問			チェック無/チェック有 階層構造を表現できる書式とすること	○	0 チェック無 1 チェック有	
		149	病状の経過			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		150	看護・リハビリテーションの内容			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		151	家庭での介護の状況			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		152	衛生材料等の名称①			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		153	衛生材料等の名称②			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		154	衛生材料等の名称③			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			

項目種別	分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	コード値	選択肢		
標準項目	訪問看護報告書	155	衛生材料等の名称④			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		156	衛生材料等の名称⑤			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		157	使用及び交換頻度①			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		158	使用及び交換頻度②			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		159	使用及び交換頻度③			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		160	使用及び交換頻度④			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		161	使用及び交換頻度⑤			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		162	使用量①			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		163	使用量②			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		164	使用量③			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		165	使用量④			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		166	使用量⑤			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		167	衛生材料等（種類・サイズ・必要量等）の変更の必要性			有、無	○	0 1	無 有		
		168	変更内容			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能					
		169	情報提供先			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能					
		170	情報提供日			自由記述					
		171	特記すべき事項			自由記述					
		172	作成者①氏名			自由記述					
		173	作成者①職種			看護師、保健師、助産師	○	1 2 3	看護師 保健師 助産師		
		174	作成者②氏名			自由記述					
		175	作成者②職種			理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	○	1 2 3	理学療法士 作業療法士 言語聴覚士		
		176	記入日								
		177	宛先事業所名			自由記述					
		178	宛先氏名			自由記述					
		179	事業所名								
		180	管理者氏名								
		標準項目	訪問看護記録 （ターハット）	181	利用者氏名						
				182	生年月日						
183	利用者年齢										
184	住所										
185	電話番号										
186	看護師等氏名					自由記述					
標準項目		187	訪問職種			看護師、保健師、助産師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他	○	1 2 3 4 5 6 7 8	看護師 保健師 助産師 准看護師 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 その他		
		188	初回訪問年月日			YYYYMMDD					
		189	開始時間			HHMM					
		190	終了時間			HHMM					
		191	主たる傷病名			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能					
		192	現病歴			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能					
		193	既往歴			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能					
		194	療養状況			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能					
		195	介護状況			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能					
		196	生活歴			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能					
		197	氏名①			自由記述					
		198	氏名②			自由記述					
		199	氏名③			自由記述					
		200	氏名④			自由記述					
		201	氏名⑤			自由記述					
		202	年齢①			自由記述					
		203	年齢②			自由記述					
		204	年齢③			自由記述					
		205	年齢④			自由記述					
		206	年齢⑤			自由記述					
		207	続柄①			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		208	続柄②			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		209	続柄③			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		210	続柄④			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		211	続柄⑤			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		212	職業①			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		213	職業②			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					
		214	職業③			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること					

項目種別	分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	コード値	選択肢
標準項目	訪問看護記録書Ⅰ	215	職業④			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		216	職業⑤			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能 階層構造を表現できる書式とすること			
		217	特記すべき事項①			自由記述			
		218	特記すべき事項②			自由記述			
		219	特記すべき事項③			自由記述			
		220	特記すべき事項④			自由記述			
		221	特記すべき事項⑤			自由記述			
		222	家族構成図			図により記述			
		223	主な介護者			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		224	住環境			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		225	訪問看護の依頼目的			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		226	要介護認定の状況						
		227	移動			自立、一部介助、全介助、その他		○	1 自立 2 一部介助 3 全介助 4 その他
		228	食事			自立、一部介助、全介助、その他		○	1 自立 2 一部介助 3 全介助 4 その他
		229	排泄			自立、一部介助、全介助、その他		○	1 自立 2 一部介助 3 全介助 4 その他
		230	入浴			自立、一部介助、全介助、その他		○	1 自立 2 一部介助 3 全介助 4 その他
		231	着替			自立、一部介助、全介助、その他		○	1 自立 2 一部介助 3 全介助 4 その他
		232	整容			自立、一部介助、全介助、その他		○	1 自立 2 一部介助 3 全介助 4 その他
		233	意思疎通			自立、一部介助、全介助、その他		○	1 自立 2 一部介助 3 全介助 4 その他
		234	寝たきり度						
		235	認知症の状況						
		236	主治医等氏名						
		237	医療機関名						
		238	所在地			自由記述			
		239	電話番号						
		240	緊急時の連絡先			自由記述			
		241	家族等の緊急時の連絡先①			自由記述			
		242	家族等の緊急時の連絡先②			自由記述			
		243	家族等の緊急時の連絡先③			自由記述			
		244	介護支援専門員等氏名						
		245	指定居宅介護支援事業所名						
		246	電話番号						
		247	緊急時の連絡先			自由記述			
		248	連絡先①			自由記述			
		249	連絡先②			自由記述			
		250	連絡先③			自由記述			
		251	連絡先④			自由記述			
		252	連絡先⑤			自由記述			
		253	担当者①			自由記述			
		254	担当者②			自由記述			
		255	担当者③			自由記述			
		256	担当者④			自由記述			
		257	担当者⑤			自由記述			
		258	備考①			自由記述			
		259	備考②			自由記述			
		260	備考③			自由記述			
261	備考④			自由記述					
262	備考⑤			自由記述					
263	保健・福祉サービス等の利用状況			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能					
標準項目	訪問看護記録書Ⅱ	264	利用者氏名						
		265	看護師等氏名			自由記述 ※訪問看護計画書より引用			
		266	訪問職種			複数選択：看護師、保健師、助産師、准看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他	○	1 看護師 2 保健師 3 助産師 4 准看護師 5 理学療法士 6 作業療法士 7 言語聴覚士 8 その他	
		267	訪問年月日			YYYYMMDD			
		268	開始時間			HHMM			
		269	終了時間			HHMM			
		270	利用者の状態（病状）－利用者の意向等			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		271	利用者の状態（病状）－心身の機能－バイタルサイン－体温			(小数第1位まで) 00.0℃			
		272	利用者の状態（病状）－心身の機能－バイタルサイン－脈拍			000回/分			

項目 種別	分 類	項目 番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	コード値	選択肢
標準 項目	訪 問 看 護 記 録 書 Ⅱ	273	利用者の状態（病状）－心身の機能－バイタルサイン－リズム			整、不整	○	1 2	整 不整
		274	利用者の状態（病状）－心身の機能－バイタルサイン－血圧（収縮期血圧）			000/000mmHg			
		275	利用者の状態（病状）－心身の機能－バイタルサイン－血圧（拡張期血圧）			000/000mmHg			
		276	利用者の状態（病状）－心身の機能－バイタルサイン－呼吸数			000回/分			
		277	利用者の状態（病状）－心身の機能－バイタルサイン－呼吸音			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		278	利用者の状態（病状）－心身の機能－バイタルサイン－SpO2			000%			
		279	利用者の状態（病状）－心身の機能－バイタルサイン－意識レベル			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		280	利用者の状態（病状）－心身の機能－循環－呼吸			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		281	利用者の状態（病状）－心身の機能－皮膚の状態			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		282	利用者の状態（病状）－心身の機能－苦痛			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		283	利用者の状態（病状）－心身の機能－精神状態			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		284	利用者の状態（病状）－生活機能－食事			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		285	利用者の状態（病状）－生活機能－排泄			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		286	利用者の状態（病状）－生活機能－清潔			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		287	利用者の状態（病状）－生活機能－移動			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		288	利用者の状態（病状）－生活機能－睡眠			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		289	利用者の状態（病状）－自由記載			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
		290	実施した看護・リハビリテーションの内容－食事－食事介助			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		291	実施した看護・リハビリテーションの内容－食事－経管栄養			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		292	実施した看護・リハビリテーションの内容－排泄－排泄介助			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		293	実施した看護・リハビリテーションの内容－排泄－腸管運動促進			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		294	実施した看護・リハビリテーションの内容－排泄－洗腸			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		295	実施した看護・リハビリテーションの内容－排泄－排便			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		296	実施した看護・リハビリテーションの内容－排泄－ストーマの器具交換			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		297	実施した看護・リハビリテーションの内容－清潔－入浴介助			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		298	実施した看護・リハビリテーションの内容－清潔－洗髪			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		299	実施した看護・リハビリテーションの内容－清潔－清拭			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		300	実施した看護・リハビリテーションの内容－清潔－口腔ケア			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		301	実施した看護・リハビリテーションの内容－清潔－陰部洗浄			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		302	実施した看護・リハビリテーションの内容－清潔－足浴			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		303	実施した看護・リハビリテーションの内容－清潔－スキンケア			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		304	実施した看護・リハビリテーションの内容－安全－安楽－マッサージ			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		305	実施した看護・リハビリテーションの内容－安全－安楽－転倒・転落予防			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		306	実施した看護・リハビリテーションの内容－安全－安楽－居室環境の整備			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		307	実施した看護・リハビリテーションの内容－移動－姿勢の保持と移動動作の介助			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		308	実施した看護・リハビリテーションの内容－移動－体位変換			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		309	実施した看護・リハビリテーションの内容－移動－ポジショニング			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		310	実施した看護・リハビリテーションの内容－活動・休息－入眠を促すケア			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		311	実施した看護・リハビリテーションの内容－活動・休息－生活リズムを整える			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		312	実施した看護・リハビリテーションの内容－活動・休息－気分転換			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		313	実施した看護・リハビリテーションの内容－予防的ケア－誤嚥予防のケア			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		314	実施した看護・リハビリテーションの内容－予防的ケア－脱水予防のケア			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
		315	実施した看護・リハビリテーションの内容－予防的ケア－転倒・転落予防			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有
316	実施した看護・リハビリテーションの内容－予防的ケア－呼吸ケア			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有		
317	実施した看護・リハビリテーションの内容－予防的ケア－褥瘡予防			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有		
318	実施した看護・リハビリテーションの内容－予防的ケア－苦痛の予防			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有		
319	実施した看護・リハビリテーションの内容－予防的ケア－認知機能への働きかけ			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有		
320	実施した看護・リハビリテーションの内容－リハビリテーション－呼吸リハビリテーション			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有		
321	実施した看護・リハビリテーションの内容－リハビリテーション－筋力の維持・増強			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有		
322	実施した看護・リハビリテーションの内容－リハビリテーション－関節可動域の維持・拡大			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有		
323	実施した看護・リハビリテーションの内容－リハビリテーション－嚥下リハビリテーション			チェック無／チェック有	○	0 1	チェック無 チェック有		

項目種別	分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	コード値	選択肢		
		324	実施した看護・リハビリテーションの内容-リハビリテーション-その他のリハビリテーション			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		325	実施した看護・リハビリテーションの内容-与薬・服薬管理-内服薬			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		326	実施した看護・リハビリテーションの内容-与薬・服薬管理-外用薬			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		327	実施した看護・リハビリテーションの内容-与薬・服薬管理-注射			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		328	実施した看護・リハビリテーションの内容-与薬・服薬管理-点滴			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		329	実施した看護・リハビリテーションの内容-与薬・服薬管理-麻薬管理			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		330	実施した看護・リハビリテーションの内容-処置・検査-褥瘡処置			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		331	実施した看護・リハビリテーションの内容-処置・検査-創傷処置			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		332	実施した看護・リハビリテーションの内容-処置・検査-皮膚のケア			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		333	実施した看護・リハビリテーションの内容-処置・検査-吸入・吸引			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		334	実施した看護・リハビリテーションの内容-処置・検査-血糖測定			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		335	実施した看護・リハビリテーションの内容-処置・検査-採血			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		336	実施した看護・リハビリテーションの内容-処置・検査-検体採取			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		337	実施した看護・リハビリテーションの内容-処置・検査-膀胱留置カテーテル交換			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		338	実施した看護・リハビリテーションの内容-処置・検査-導尿			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		339	実施した看護・リハビリテーションの内容-処置・検査-診察-処置の介助			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		340	実施した看護・リハビリテーションの内容-処置・検査-その他の処置			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		341	実施した看護・リハビリテーションの内容-医療機器-カテーテル管理-酸素			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		342	実施した看護・リハビリテーションの内容-医療機器-カテーテル管理-人工呼吸器			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		343	実施した看護・リハビリテーションの内容-医療機器-カテーテル管理-中心静脈			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		344	実施した看護・リハビリテーションの内容-医療機器-カテーテル管理-経鼻胃管			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		345	実施した看護・リハビリテーションの内容-医療機器-カテーテル管理-胃瘻			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		346	実施した看護・リハビリテーションの内容-指導・相談-生活指導			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		347	実施した看護・リハビリテーションの内容-指導・相談-食事指導			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		348	実施した看護・リハビリテーションの内容-指導・相談-服薬指導			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		349	実施した看護・リハビリテーションの内容-指導・相談-リハビリテーション			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		350	実施した看護・リハビリテーションの内容-指導・相談-医療機器管理			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		351	実施した看護・リハビリテーションの内容-指導・相談-処置方法			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		352	実施した看護・リハビリテーションの内容-指導・相談-疼痛管理			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		353	実施した看護・リハビリテーションの内容-指導・相談-血糖管理			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		354	実施した看護・リハビリテーションの内容-指導・相談-緊急時対応			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		355	実施した看護・リハビリテーションの内容-精神的ケア-傾聴			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		356	実施した看護・リハビリテーションの内容-精神的ケア-興奮・攻撃性への対応			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		357	実施した看護・リハビリテーションの内容-精神的ケア-自己決定の支援			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		358	実施した看護・リハビリテーションの内容-ターミナルケア-苦痛緩和のケア			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		359	実施した看護・リハビリテーションの内容-ターミナルケア-最後を看取る方法や場所に関する意向			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		360	実施した看護・リハビリテーションの内容-ターミナルケア-死後の処置			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		361	実施した看護・リハビリテーションの内容-家族等支援-介護指導			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		362	実施した看護・リハビリテーションの内容-家族等支援-服薬指導			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		363	実施した看護・リハビリテーションの内容-家族等支援-医療機器管理			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		364	実施した看護・リハビリテーションの内容-家族等支援-処置方法			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
		365	実施した看護・リハビリテーションの内容-家族等支援-緊急時対応			チェック無/チェック有	○	0	チェック無		
								1	チェック有		
				366	実施した看護・リハビリテーションの内容-自由記			自由記述			
				367	その他			自由記述			
				368	備考			自由記述			
		標準項目	訪問看護の提供書(ハット)	369	利用者氏名						
				370	性別			男、女	○	1	男
										2	女
				371	生年月日						
				372	利用者年齢						
				373	職業			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能			
				374	住所						
				375	電話番号						

項目種別	分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	コード値	選択肢	
標準項目	訪問看護の情報提供書	376	主治医氏名							
		377	医療機関名							
		378	住所							
		379	主傷病名							
		380	傷病の経過			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		381	既往歴							
		382	移動							
		383	排泄							
		384	着替							
		385	食事							
		386	入浴							
		387	整容							
		388	食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等について			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		389	服薬等の状況について			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		390	作業（仕事）、対人関係等について			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		391	家族等について			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		392	家族、主な介護者等			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		393	要介護認定の状況			自立、要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5		○	1 自立 2 要支援1 3 要支援2 4 要介護1 5 要介護2 6 要介護3 7 要介護4 8 要介護5	
		394	その他（利用しているサービス等）			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		395	病状・障害等の状態			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		396	1月当たりの訪問回数			○日（△回）				
		397	家族等及び主な介護者に係る情報			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		398	看護の内容			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		399	看護上の問題等			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		400	ケア時の具体的な方法や留意点、継続すべき看護等			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		401	必要と考えられる保健福祉サービス			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		402	医療的ケア等の実施方法及び留意事項			自由記述 但し、既存の厚生労働省標準規格等の標準的な項目のコード値を任意で取り込むことも可能				
		403	その他特記すべき事項			自由記述				
		404	記入日							
		405	宛先事業所名			自由記述				
		406	宛先氏名			自由記述				
		407	入院又は入所先医療機関等			自由記述				
		408	指定訪問看護ステーションの名称			自由記述				
		409	指定訪問看護ステーションの所在地			自由記述				
		410	電話番号			自由記述				
		411	管理者氏名			自由記述				
		412	褥瘡発生日			YYYYMMDD				
		413	褥瘡の有無			なし、あり		○	0 なし 1 あり	
		414	褥瘡の部位			仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他		○	1 仙骨部 2 坐骨部 3 尾骨部 4 腸骨部 5 大転子部 6 踵部 7 その他	
		415	褥瘡の部位（その他）			自由記述				
		416	日常生活自立度							
		417	基本的動作能力（ベッド上自力体位変換）			できる、できない		○	1 できる 2 できない	
		418	基本的動作能力（イス上座位姿勢の保持、除圧）			できる、できない		○	1 できる 2 できない	
419	病的骨突出			なし、あり		○	0 なし 1 あり			
420	関節拘縮			なし、あり		○	0 なし 1 あり			
421	栄養状態低下			なし、あり		○	0 なし 1 あり			
422	皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）			なし、あり		○	0 なし 1 あり			
423	皮膚の脆弱性（浮腫）			なし、あり		○	0 なし 1 あり			
424	皮膚の脆弱性（スキンケアの保有、既往）			なし、あり		○	0 なし 1 あり			
425	深さ			DESIGN-Rの評価項目をチェック式						
426	浸出液			DESIGN-Rの評価項目をチェック式						
427	大きさ			DESIGN-Rの評価項目をチェック式						
428	炎症・感染			DESIGN-Rの評価項目をチェック式						
429	肉芽形成、良性肉芽が占める割合			DESIGN-Rの評価項目をチェック式						
430	壊死組織			DESIGN-Rの評価項目をチェック式						
431	ポケット（cm）			DESIGN-Rの評価項目をチェック式						
432	DESIGN-R合計点			数値						
433	圧迫、スレカの排除（ベッド上）			自由記述						
434	圧迫、スレカの排除（イス上）			自由記述						
435	スキンケア			自由記述						
436	栄養状態改善			自由記述						
437	リハビリテーション			自由記述						
438	創傷の処置（褥瘡の処置を除く）			なし、あり		○	0 なし 1 あり			
439	褥瘡の処置			なし、あり		○	0 なし 1 あり			
440	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）			なし、あり		○	0 なし 1 あり			
441	点滴ライン同時3本以上の管理			なし、あり		○	0 なし 1 あり			
442	心電図モニター管理			なし、あり		○	0 なし 1 あり			

項目種別	分類	項目番号	項目名	必須	必要	備考	コード化	コード値	選択肢
その他医療介護連携として訪問看護に関連する項目	拡張項目	443	シリンジポンプの管理			なし、あり	○	0 1	なし あり
		444	輸血や血液製剤の管理			なし、あり	○	0 1	なし あり
		445	抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）			なし、あり	○	0 1	なし あり
		446	抗悪性腫瘍剤の内服の管理			なし、あり	○	0 1	なし あり
		447	麻薬の使用（注射剤のみ）			なし、あり	○	0 1	なし あり
		448	麻薬の内服、貼付、坐薬の管理			なし、あり	○	0 1	なし あり
		449	放射線治療			なし、あり	○	0 1	なし あり
		450	免疫抑制剤の管理			なし、あり	○	0 1	なし あり
		451	昇圧剤の使用（注射剤のみ）			なし、あり	○	0 1	なし あり
		452	抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）			なし、あり	○	0 1	なし あり
		453	抗血栓薬の持続点滴の使用			なし、あり	○	0 1	なし あり
		454	ドレージの管理			なし、あり	○	0 1	なし あり
		455	無菌治療室での治療			なし、あり	○	0 1	なし あり
		456	救急搬送後の入院（2日目）			なし、あり	○	0 1	なし あり
		457	寝返り			できる、何かにつかまればできる、できない	○	1 2 3	できる 何かにつかまればできる できない
		458	移乗			介助なし、一部介助、全介助	○	1 2 3	介助なし 一部介助 全介助
		459	口腔清潔			介助なし、介助あり	○	1 2	介助なし 介助あり
		460	食事摂取			介助なし、一部介助、全介助	○	1 2 3	介助なし 一部介助 全介助
		461	衣服の着脱			介助なし、一部介助、全介助	○	1 2 3	介助なし 一部介助 全介助
		462	診療・療養上の指示が通じる			はい、いいえ	○	1 2	はい いいえ
		463	危険行為			ない、ある	○	0 1	ない ある

【巻末資料3】介護事業所における介護情報の連携に関する安全管理について
ver.1.0

介護事業所における介護情報の連携に関する安全管理について
Ver1.0

令和2年3月

目次

第1章 本書の位置付けと活用方法	67
1.1 介護事業所間の情報連携について	67
1.2 守るべきセキュリティの基準.....	67
1.3 本書の活用方法	68
第2章 情報連携における事業経営者の責任	70
第3章 情報連携における安全管理の全容	73
3.1 介護事業所に求められる管理策の全容	73
3.2 全ての介護事業者に求められる管理策の概要	74
3.3 介護事業者の特定業務で求められる管理策の概要.....	76
第4章 情報漏えい等の事故発生を想定した対策	78
4.1 事故発生時の連絡先	78
4.2 届出先・相談先	78
付録A 情報連携における安全管理の考え方（解説編）	81
A.1 介護事業所に求められる管理策.....	81
A.2 全ての介護事業者に求められる管理策.....	81
A.3 介護事業者の特定業務で求められる管理策.....	87
付録B クラウドサービス等のチェック項目	93

第1章 本書の位置付けと活用方法

1.1 介護事業所間の情報連携について

介護事業所における業務効率化を図るためには、これまで紙による手渡しや、FAX等にて連携されていた情報を、ICTを活用することで省力化することが有用と考えられていますが、各事業者それぞれ独自の業務管理システムを導入していることなどから、データ連携のフォーマットが異なり、情報連携が行えないという課題がありました。

このことについて、厚生労働省では、居宅介護支援事業所と訪問介護事業所等との間で居宅サービス計画書（ケアプラン）に関するデータ連携を行うために必要な項目について実証研究を実施し、その結果を踏まえ、「居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」（以下、「標準仕様」という。）を作成しました。¹

この標準仕様の活用によって、異なる介護ソフト間においてもデータ連携が可能となり、これまでFAX等にて受領した情報をもとに自社システムに手入力で情報を登録する工程が不要となり、ケアマネジャー等の負担を軽減することが可能となります。

しかしながら、ケアプランには、利用者の氏名や要介護度、生活上の課題などの個人情報に値する情報が多く記載されているため、事業所規模の大小によらず情報を適切に取り扱う必要があります。特に標準仕様に基づいてケアプラン記載のデータを他の事業所と情報連携する際には、非常に多くの個人情報を保持したファイルのやりとりが発生するため、情報漏えい等が発生した場合の影響が大きくなると考えられます。データを適切に取り扱い、情報漏えいのリスクを低減するために、セキュリティ対策を実施しなければなりません。

1.2 守るべきセキュリティの基準

本書は、介護事業者が標準仕様を活用して他の介護事業者と情報連携を行うにあたり、事業所内の安全を維持し、利用者情報の改ざんや情報の流出といった介護サービスの運用の妨げとなるような事柄（脅威）を未然に防止するために必要となる、実施すべき対策の考え方やポイントをまとめたものです。なお、この実施すべき対策（管理策）を「安全管理」といいます。

介護に関する利用者情報や当該情報を取り扱う情報システム類の管理において介護事業者などが準拠しなければならないものとして、厚生労働省では、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（以下、「医療情報ガイドライン」という。）を公表しています。

医療情報ガイドラインは、医療機関等が医療情報システムの安全管理やe-文書法²への対

¹ 「『居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様』について」（令和元年5月22日老振発0522第1号厚生労働省老健局振興課長通知）。ケアプランの第1表、第2表、第6表、第7表を連携の対象としています。

² 民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信技術の利用に関する法律（平成16年法律第149号を指します）。

応を適切に行うために必要な対策を示したのですが、このガイドラインにおいて介護事業者は、「医療機関等」に含まれると定義され、介護事業者にも当該ガイドラインに基づく対策を行い、情報を管理する責任が求められています。

○医療情報ガイドラインについて

本書では、医療情報ガイドラインで求められる管理策を「全ての介護事業者」に求められる管理策と、「介護事業者の特定業務」に求められる管理策に分けて説明します。特に、情報システムの基本的な安全管理と運用管理規程で規定すべき内容について説明します。

1.3 本書の活用方法

本書は介護事業者が守るべき基準として示されている医療情報ガイドラインを参考に、読みやすさに配慮した上で、標準仕様を活用したデータ連携を行う際に、介護事業所に求められる要件等について、ポイントを絞って解説します。本書に記載される要件を満たしているか、まずは確認してみてください。

本書の各項目において矢印(⇒)で示した箇所、医療情報ガイドラインの参照箇所を示していますので、詳しく知りたい場合には医療情報ガイドラインの該当箇所を確認してください。

本書の構成は以下のとおりです。

第2章 情報連携における事業経営者の責任

- ・ 介護事業所の経営者が確認すべき内容であり、介護事業所における経営責任、関連する法令に基づく管理責任などの概要を説明しています。

第3章 情報漏えい等の情報連携における安全管理の全容

- ・ 介護事業所の管理者が確認すべき内容であり、介護事業所が標準仕様に基づいた情報連携を行うにあたって必要となる管理策(安全管理)の全体像や概要を説明しています。

第4章 情報漏えい等の事故発生を想定した対策

- ・ 介護事業所の管理者が確認すべき内容であり、事故発生を想定し、最低限の対策として、事前に検討しておくべき社内連絡網の作成や、事故が発生した際の報告・相談先等の、いざというときに役立つ情報を紹介しています。

付録A 情報連携における安全管理の考え方

- ・ 介護事業所の管理者が確認すべき内容であり、第3章で示した管理策について、ポイントや考え方を説明しています。

付録B クラウドサービス等のチェック項目

- ・ 介護事業所の管理者が確認すべき内容であり、適切なクラウドサービスを選定し、

利用することで、介護事業所に求められているいくつかの管理策を満たすことができる可能性があります。本付録では、クラウドサービスを選定する際に参考となるようなチェック項目を掲載しています。

本書では、介護事業所で取り扱うべき事項や介護事業者として取り扱う事項などを記載していますが、介護事業者は、介護事業所管理者と連携して遂行する責務があります。

第2章 情報連携における事業経営者の責任

介護事業者が、個人情報等の適切な管理が出来ていなかったことにより、情報を漏えいさせた場合には、個人情報保護法等の処罰があるだけでなく、事業管理者・経営者としての様々な責任が問われます。主な介護事業者の業務上の責任は以下のとおりです。

○ 管理責任

介護事業所の管理者には、介護事業所で扱う介護情報システムの運用を管理する責任があります。介護サービス利用者の個人情報保護について請負事業者への監督責任があり、請負事業者から漏えい等が生じた場合であっても介護事業者が第一次的にその責任を負うこととなります。また、個人情報を扱う場合は、個人情報保護法に定められた個人情報保護の担当責任者を定める³など、適切に管理する必要があります（詳細は以下の〈関連する法令〉を参照してください）。

○ 経営責任

介護事業所の管理者・経営者には、介護事業所の継続及び発展のために、事業基盤の安定化や関係者から信頼を獲得するなどの経営責任があります。そのため、サービスの体制および運用を担当者に任せきりにしている状況は、経営責任を果たしたことになるまいと考えられ、自社の情報を管理するための明確な方針を示し、管理者や経営者自らが率先して、取り組む責任があります。

○ 説明責任

介護事業所の管理者には、管理方法・体制等において、実際のサービス状況に応じて適切な個人情報管理やセキュリティ対策を実施し、必要に応じて利用者や親族及び関係者に説明する責任があります。また、事故が発生した場合、事故の原因や対策等を説明する責任もあります。

○ 法的な責任

介護事業所が取り扱う個人情報を安全に管理するために、個人情報保護法を遵守する必要があります。また、個人情報を紙文書ではなく電子化して保存する場合には、e-文書法も遵守する必要があります。さらに、介護事業者等の秘密に保管する情報（「営業秘密」（不正競争防止法）の内容によっては、不正競争防止法についても遵守する必要があり、これらの法令に違反した場合には、法的な責任が問われます。

本書では、これらの法令に違反することがないように、求められる対策の全体像を紹介していきます。

³ 個人情報保護委員会「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）」を参照。
<https://www.ppc.go.jp/files/pdf/guidelines01.pdf>

<関連する法令>

個人情報保護関連各法⁴

個人情報保護関連各法（個人情報保護法、行政機関個人情報保護法及び独立行政法人等個人情報保護法）で求められる安全管理措置等に違反した場合には、以下の処罰があります。

- 個人情報保護委員会による立入検査、帳簿書類等の物件検査及び質問、1年以下の懲役または50万円以下の罰金
- 6月以下の懲役または30万円以下の罰金
- 30万円以下の罰金
- 従業員等が業務に関し違反行為をした場合、法人に対しても罰金刑

なお、個人情報保護法は改正することも考えられるため詳細は以下を参照してください。
個人情報保護委員会 <https://www.ppc.go.jp/>

介護の有資格者の処罰に関する法令

介護事業に関係する有資格者が秘密を漏示した場合には、以下の例のような処罰があります。

- 介護保険法第205条第2項（介護支援専門員の秘密保持義務違反）
 - 一年以下の懲役又は百万円以下の罰金
- 刑法第134条第1項（医師・歯科医師・薬剤師・助産師による秘密漏示）
 - 六月以下の懲役又は十万円以下の罰金
- 保健師助産師看護師法第44条の3（保健師・看護師・准看護師による秘密漏示）
 - 六月以下の懲役又は十万円以下の罰金

e-文書法

e-文書法は、「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律」と「民間事業者等が行う書面の保存等における情報通信の技術の利用に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律」の総称です。紙で保存する必要があった文書について、電子化した文書での保存も認められるようになりました。また、紙で保存していた文書をスキャンして画像ファイルとした場合でも、e-文書法で定めた要件を満たせば正規の文書として認められるようになります。医療情報ガイドラインは、介護事業者がe-文書法を執行する際の指針になります。そのため、医療情報ガイドラインに反した状態は、法令を遵守していないとみなされる可能性があります。またその場合は介護に係る多くの法令等に違反したとみなされ、その罰則が適用されるおそれがあります。

（「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5版」に関するQ&A 平成29

⁴ 個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第58号）及び独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第59号）をさします。

年 5 月参照⁵⁾

e-文書法に関わる介護事業所の業務は、例えば、訪問看護において電子データの訪問看護記録や訪問看護計画、指示書等を保存する業務の場合、訪問看護において指示書や薬剤情報提供書などスキャナ等により電子化して保存する業務などが該当します。

不正競争防止法⁶⁾

営業秘密・事業に関わる情報において、特定の者に提供する情報（限定提供データ）に係る不正行為があった場合には、以下の責任が問われ、請求されます。

- 利益を侵害された者からの侵害の停止または予防の請求
- 利益を侵害した者の損害を賠償する責任
- 信用を害された者からの信用回復措置請求

詳細は、以下の経済産業省の不正競争防止法のページを参照してください。

<https://www.meti.go.jp/policy/economy/chizai/chiteki/index.html>

⁵⁾ <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000166301.pdf>

⁶⁾ 不正競争防止法（平成 5 年法律第 47 号）をさします。

第3章 情報連携における安全管理の全容

3.1 介護事業所に求められる管理策の全容

医療情報ガイドラインには、全ての介護事業者求められる管理策と、特定の業務において求められる管理策の2種類が記載されています。

なかでも、小規模な介護事業所が情報連携を推進する上で、最優先で取り組むべき事項としては、技術的対策があります。安全なクラウドサービスを選定し、利用することで技術的対策に対応することができる可能性があります。詳しくは、本書の付録Bを参照してください。

全ての介護事業者求められる管理策 ⇒3.2節へ

情報システムの基本的な安全管理策や、情報システムの運用を行うにあたって重要となる運用管理規程の策定は、全ての介護事業者求められるものです。特に運用管理規程は管理責任や説明責任を果たすために極めて重要なものです。これらの管理策については、3.2節を参照してください。

介護事業者の特定業務で求められる管理策 ⇒3.3節へ

内容に医療情報が含まれる文書のやりとりにおいては、全ての介護事業者求められる管理策に加えて、さらなる管理策が求められています。医療情報が含まれる介護事業者の特定業務の例については、以下の表1の通りですので、以下に該当する情報のやりとりを行う際には3.3節も参照してください。

表1 特別な管理策が求められる介護事業の特定業務情報の例

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・（介護予防）訪問看護計画書、（介護予防）訪問看護報告書・（介護予防）短期入所療養介護計画・（介護予防・地域密着型）特定施設サービス計画・（地域密着型）施設サービス計画・訪問看護指示書、特別訪問看護指示書、精神科訪問看護指示書、精神科特別訪問看護指示書、在宅患者訪問点滴注射指示書・定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画、訪問看護報告書・療養通所介護計画・看護小規模多機能型居宅介護における居宅サービス計画、看護小規模多機能型居宅介護計画、看護小規模多機能型居宅介護報告書 |
|--|

3.2 全ての介護事業者に求められる管理策の概要

介護において重要なことは利用者等との信頼関係であり、利用者の情報を不正に扱わないことを示すだけでなく、安全管理が十分であることを説明できること、つまり説明責任を果たすことが求められます。説明責任を果たすためには安全管理のほか、基本方針や介護サービスに関する体制等が記載された運用管理規程を定める必要があります。

3.2.1 情報システムの基本的な安全管理

介護サービスを実施する上で取り扱う情報について、利用者に対して十分な説明を行える環境を整える必要があります。具体的に実施すべき項目と実施内容の具体例は以下のとおりです。なお、各項目の詳細については、付録Aや医療情報ガイドライン6章を参照してください。

○情報システムの基本的な安全管理

- ① 方針の制定と公表
(例) 安全管理の責任者を決めるとともに、取り扱う情報の範囲や保存の方法などを定めた安全管理に関する方針を策定し、公表する。
- ② 介護事業所における情報の安全を守るための取組の実践(情報セキュリティマネジメントシステム(ISMS))
(例) 情報システムで扱う情報をリストアップし、重要度に応じて分類する。
- ③ 組織的安全管理対策(体制、運用管理規程)
(例) 情報システムの運用責任者や管理者等を組織として明確に定めるとともに、アクセス制限やアクセス記録の方法などを定めたアクセス管理規程を作成する。
- ④ 物理的安全対策
(例) 個人情報が入力されている端末がある場所を施錠するとともに、盗難防止策やのぞき見防止等を実施する。
- ⑤ 技術的安全対策
(例) 情報システム利用には職員一人一人にIDとパスワードを設定するとともに、パスワードが流出しないようにし、第三者が閲覧することを防止する。
- ⑥ 人的安全対策
(例) 情報の不正利用や流出等を防ぐため、職員に対する研修等を実施する。
- ⑦ 情報の破棄
(例) 情報を破棄(完全削除)する条件や方法を規定する。

- ⑧ 情報システムの改造と保守
（例）保守業者（ベンダー等）には職員とは別の専用IDとパスワードを発行し、保守の記録を残すようにする。
- ⑨ 情報及び情報機器の持ち出しについて
（例）タブレットやUSBメモリなどの持ち出しに関して規定する。また、盗難・紛失時の対応を運用管理規程に規定する。
- ⑩ 災害等の非常時の対応
（例）どのような場合に「非常時」と判断するかの手順を設けるとともに、復帰時の取扱いを規定する。
- ⑪ 外部と個人情報を含む情報を交換する場合の安全管理
（例）ウイルス混入などの改ざん防止策やなりすましの防止策を実施する。
- ⑫ 法令で定められた記名・押印を電子署名で行うことについて
（例）推奨されている電子証明書を用いた電子署名を行う。

3.2.2 運用管理規程

「運用管理」において運用管理規程は管理責任や説明責任を果たすために極めて重要であり、必ず定めなければなりません。具体的に運用管理規程で規定すべき項目と策定検討の具体例は以下のとおりです。なお、各項目の詳細については、付録Aや医療情報ガイドライン10章を参照してください。

○運用管理

- ① 一般管理事項
（例）管理対象となる情報や管理する体制、及び教育などを検討し、規定します。
- ② 電子保存のための運用管理事項
（例）真正性確保として情報の更新履歴の確保、見読性確保として情報の所在管理、保存性確保として保存媒体の管理などを検討し、規定します。
- ③ ネットワークによる外部保存に当たっての「介護事業所としての管理事項」
（例）外部保存先（クラウドサービス等）を安全であると確認した内容や、外部保存に関する利用者への説明内容を検討し、規定します。
- ④ スキャナ等により電子化して保存する場合
（例）スキャナ読み取りの対象文書の特定や上記②の真正性確保、見読性確保、保

存性確保が異なる場合は、その方法を検討し、規定します。

3.3 介護事業者の特定業務で求められる管理策の概要

全ての介護事業者に求められる管理策に加え、内容に医療情報が含まれる文書（データ）のやりとりや保存にあたっては、以下の3つの管理策が求められます。

3.3.1 電子情報の保存について

内容に医療情報が含まれる文書のやりとりにあたり、電子情報を保存する際の要件として、真正性⁷、見読性⁸、保存性⁹の確保の3つの基準が示されています。詳細は、付録A.3.1を参照してください。

3.3.2 介護事業の特定業務情報等を外部に保存する際の基準

内容に医療情報が含まれる文書のやりとりにあたり、紙媒体・電子媒体・ネットワークを介した電子媒体の3つの保存方法について、紙媒体および介護事業の特定業務情報を保存する場合の対応について記載しています。

例えば、訪問看護においては訪問看護記録や訪問看護計画、指示書等を保存する場合には、実施すべき項目と実施内容を検討します。具体例は以下のとおりです。なお、各項目の詳細については、付録A.3.2や医療情報ガイドライン6章を参照してください。

○介護事業の特定業務情報や医療情報を外部に保存する際の基準

- ① 電子媒体による外部保存をネットワークを通じて行う場合
（例）外部保存対象の情報の特定や管理する体制、ネットワークでの送受信や保存状態が安全に運用できる方法を検討し、規定します。
- ② 電子媒体による外部保存を可搬媒体を用いて行う場合
（例）外部保存対象の情報の特定や管理する体制、可搬媒体の輸送時や保存状態が安全に運用できる方法を検討し、規定します。
- ③ 紙媒体のままで外部保存を行う場合
（例）外部保存対象の文書の特定や管理する体制、紙媒体の輸送時や保存状態が安全に運用できる方法を検討し、規定します。

⁷ 真正性：正当な権限において作成された記録に対し、虚偽入力、書き換え、消去及び混同が防止されており、かつ、第三者から見て作成の責任の所在が明確であること

⁸ 見読性：情報の内容を簡単に閲覧できること

⁹ 保存性：データを保存すべき期間中、復元できること

④ 外部保存全般の留意事項について

(例) 外部保存については、運用管理規程と相違がないことを確認し、必要に応じて追加検討し、規定します。

3.3.3 医療情報等をスキャナ等により電子化して保存する場合について

内容に医療情報が含まれる文書のやりとりにあたり、保存を義務付けられている介護情報等をスキャナ等で電子化し、保存又は運用する場合の取扱いについて記載していません。

例えば、訪問看護においては指示書や薬剤情報など電子化して保存する場合には、実施すべき項目と実施内容を検討します。具体例は以下のとおりです。なお、各項目の詳細については、付録 A.3.3 や医療情報ガイドライン 6 章を参照してください。

○ 診療録等をスキャナ等により電子化して保存する場合について

① 共通の要件

(例) スキャンすることで画像が欠落することがないように見読性の確保や継続して閲覧できる形式などを検討し、規定します。

② 診療等を都度スキャナ等で電子化して保存する場合

(例) 上記①の共通の要件に加え、改ざんを防止する方法も踏まえて、1~2 日程度以内の期間でスキャンする方法を検討し、規定します。

③ 過去に蓄積された紙媒体等をスキャナ等で電子化保存する場合

(例) 上記①の共通の要件に加え、作業責任者の特定、利用者への周知手段、外部委託の場合の運用を検討し、規定します。

④ 紙の調剤済み処方せんをスキャナ等で電子化し保存する場合について

(例) 上記①の共通の要件に加え、紙の調剤済み処方せんの場合は、電子署名が必要になるため、その運用を検討し、規定します。

⑤ (補足) 運用の利便性のためにスキャナ等で電子化を行うが、紙等の媒体もそのまま保存を行う場合

(例) スキャンによる情報量の低下を防ぐために適切な機器の選定や設定、及び運用を検討し、規定します。

第4章 情報漏えい等の事故発生を想定した対策

4.1 事故発生時の連絡先

事故発生及び事故の可能性のあることを発見した従業員は、速やかに報告できるように報告先を予め定めておきます。また、報告を受けた責任者は、速やかに対処します。

緊急連絡先の例示

対応者または責任者	緊急連絡先
代表取締役	携帯電話：090-XXXX-XXXX 電子メールアドレス：president@XXXX.co.jp
事故対応担当者 (インシデント対応責任者)	携帯電話：090-XXXX-XXXX 電子メールアドレス：incident@XXXX.co.jp
個人情報保護管理者	携帯電話：090-XXXX-XXXX 電子メールアドレス：ppoli@XXXX.co.jp
情報システム管理者	携帯電話：090-XXXX-XXXX 電子メールアドレス：system@XXXX.co.jp

4.2 届出先・相談先

4.2.1 個人情報関連

個人情報関連の報告には、1) 個人データの漏えい等の事案が発生した場合、2) 特定個人情報の漏えい事案が発生した場合、3) 重大事態に該当する事案又はそのおそれがある場合によって報告内容が異なります。

速やかに下表の URL を参照して個人情報保護委員会等に対し、報告しなければいけません。
漏えい等の対応（個人情報）

<https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/leakAction/>

1) 漏えい等事案が発覚した場合は、速やかに下表の URL を参照して個人情報保護委員会等に対し、報告しなければいけません。

漏えい等事案の具体的な例

- ①個人データ（特定個人情報に係るものを除く）の漏えい、滅失又は毀損
- ②加工方法等情報（匿名加工情報の加工の方法に関する情報等）の漏えい
- ③上記①又は②のおそれ

2) 特定個人情報（マイナンバーを含む個人情報）について、不正な取得や漏えいなど番号

法¹⁰違反又は違反のおそれを把握した場合は、速やかに下表の URL を参照して個人情報保護委員会等に対し、報告しなければいけません。

3) 重大事態が発覚した場合は、直ちに下表の URL を参照して個人情報保護委員会等に対し、報告しなければいけません。

重大事態の具体的な例

- 漏えい等した特定個人情報に係る本人の数が 100 人を超える事態
- 特定個人情報を電磁的方法により不特定多数の者が閲覧することができる状態となり、かつ閲覧された事態
- 従業員等が不正の目的をもって、特定個人情報を利用し、又は提供した事態

事故の内容	報告先
1) 個人データの漏えい等の事案が発生した場合	https://www.ppc.go.jp/personalinfo/legal/leakAction/ TEL : 03-6457-9685 個人情報保護委員会事務局 個人データ漏えい等報告窓口
2) 特定個人情報の漏えい事案が発生した場合	https://www.ppc.go.jp/legal/rouei/ 個人情報保護委員会事務局 特定個人情報漏えい等報告窓口
3) 重大事態に該当する事案又はそのおそれがある場合	https://www.ppc.go.jp/legal/rouei/ 個人情報保護委員会事務局 特定個人情報漏えい等報告窓口 TEL:03-6457-9680

4.2.2 ウイルス・不正アクセス等

ウイルスの届出、不正アクセスに関する届出、情報セキュリティ安心相談（主にウイルスや不正アクセスに関する技術的な相談に対してアドバイスを提供する窓口）があります。

事故の内容	届出先・相談先
ウイルスの届出	https://www.ipa.go.jp/security/outline/todokede-j.html 独立行政法人情報処理推進機構 セキュリティセンター TEL: 03-5978-7518 E-mail : virus@ipa.go.jp
不正アクセスに関する届出	https://www.ipa.go.jp/security/ciadr/index.html 独立行政法人情報処理推進機構 セキュリティセンター E-mail : crack@ipa.go.jp FAX : 03-5978-7518
情報セキュリティ安心相談	https://www.ipa.go.jp/security/anshin/index.html

¹⁰ 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成 25 年法律第 27 号）をさします。

	独立行政法人情報処理推進機構 セキュリティセンター 情報セキュリティ安心相談窓口 TEL:03-5978-7509 E-mail : anshin@ipa. go. jp
--	--

介護情報システムに障害が発生した場合に限らず、サイバー攻撃で広範な地域での一部介護サービスの停止等、介護サービス提供体制に支障が発生する場合は、“非常時”と判断した上で所管官庁への連絡を行う必要があります。また、上記に関わらず、介護情報システムに障害が発生した場合も、必要に応じて所管官庁への連絡を行う必要があります。

付録 A 情報連携における安全管理の考え方（解説編）

A.1 介護事業所に求められる管理策

第3章で記したとおり、医療情報ガイドラインには、すべての介護事業者求められる管理策と、特定の業務において求められる管理策の2種類が記載されています。

本付録では第3章で記載した安全管理の全容について解説します。

全ての介護事業者求められる管理策 ⇒A.2 節を参照

介護において重要なことは利用者等との信頼関係であり、利用者の情報を不正に扱わないことを示すだけでなく、安全管理が十分であることを説明できること、つまり説明責任を果たすことが求められます。説明責任を果たすためには安全管理のほか、基本方針や介護サービスに関する体制等が記載された運用管理規程を定める必要があります。詳細はA.2に記載していますので参照してください。

介護事業者の特定業務で求められる管理策 ⇒A.3 節を参照

内容に医療情報が含まれる文書のやりとりにおいては、全ての介護事業者求められる管理策に加えて、さらなる管理策が求められています。医療情報が含まれる介護事業者の特定業務の例については第3章の3.1節の表1を参照してください。さらなる管理策についての詳細はA.3に記載していますので参照してください。

A.2 全ての介護事業者求められる管理策

A.2.1 介護事業者求められる管理策 ⇒医療情報ガイドライン6章

① 方針の制定と公表

個人情報を取り扱う情報システムの安全管理に関する方針を策定し、取り扱う情報については情報システムで扱う情報の範囲、取扱いや保存の方法と期間を規定します。また、情報へのアクセスについては利用者本人であることの確認を確実にを行い、不要・不法なアクセスを防止します。また、安全管理の責任者、苦情・質問の窓口を設置します。

（検討例）

- 安全管理の責任者を決めるとともに、取り扱う情報の範囲や保存の方法などを定めた安全管理に関する方針を策定し、公表する。
- 苦情・質問の窓口は、問合せ方法を周知し、問合せがあった場合の対応について事前に検討する。

② 介護事業所における情報の安全を守るための取り組みの実践【情報セキュリティマネジメントシステム（ISMS）】

情報システムで扱う情報をすべてリストアップし、安全管理上の重要度に応じて分類を行い、常に最新の状態を維持します。このリストは情報システムの安全管理者が必要に応じて速やかに確認できる状態で管理します。

（検討例）

- 情報システムで扱う情報をリストアップし、重要度に応じて分類する。
- リストアップした情報の重要度に応じた保護対策を検討する。

③ 組織的安全管理対策（体制、運用管理規程）

情報システム運用責任者の設置及び担当者（システム管理者を含む）を限定します。ただし小規模の介護事業所等において役割が自明の場合は、明確な情報システム運用責任者の設置及び担当者を定めなくても構いません。

更に情報システムへのアクセス制限、記録、点検等を定めたアクセス管理規程を作成します。また、個人情報の取扱いを委託する場合、委託契約において安全管理に関する条項を含めます。

（検討例）

- 情報システムの運用責任者や管理者等を組織として明確に定めるとともに、アクセス制限やアクセス記録の方法などを定めたアクセス管理規程を作成する。
- アクセス記録については、定期的に点検を行い、問題があれば是正方法を検討する。

④ 物理的安全対策

個人情報が入力されている機器の設置場所及び記録媒体の保存場所には施錠をします。また、その区画への入退管理については、名札等の着用、入退時の台帳記入、機器に対する盗難防止策、のぞき見防止等の施策を実施します。

（検討例）

- 個人情報が入力されている端末がある場所を施錠するとともに、盗難防止策やのぞき見防止等を実施する。
- 必要に応じて、入退管理や入退時の台帳記入等を行い、機器や情報の盗難防止を行う。

⑤ 技術的安全対策

情報システムへアクセスする必要がある者に対し、ユーザ ID とパスワードの組み合わせもしくは IC カード等のセキュリティ・デバイスを用いて識別と認証を行います。

IoT 機器を利用する場合は、製造販売業者から提供を受けた当該機器のサイバーセキュリティに関する情報を基に介護サービス及び利用者等に影響のある事象を想定、分析（リスク分析）を行い、その取扱いに係る運用管理規程を定めます。当該機器を利用者等に貸し出す際は、事前に、情報セキュリティ上の脅威及び発生しうる事象について利用者等へ説明し、同意を得ます。

（検討例）

- 情報システム利用には職員一人一人に ID とパスワードを設定するとともに、パスワードが流出しないようにし、第三者が閲覧することを防止する。
- IoT 機器等を利用者に貸し出す場合には、取り扱う情報、利用範囲、共有範囲などを明確にし、同意書を作成する。

⑥ 人的安全対策

情報の盗難や不正行為、情報設備の不正利用等のリスク軽減を図るため、人による誤りの防止を目的とした人的安全対策を策定する必要があります。これには守秘義務と違反時の罰則に関する規程や、教育・訓練に関する事項が含まれます。

（検討例）

- 情報の不正利用や流出等を防ぐため、職員に対する研修等を実施する。
- 必要に応じて、職員に対する守秘義務を定めた同意書を作成する。

⑦ 情報の破棄

「①方針の制定と公表」で把握した情報種別ごとに破棄の手順を定めます。手順には破棄を行う条件、破棄を行うことができる従業者の特定、具体的な破棄の方法を含めます。外部保存を受託する機関に破棄を委託した場合は、事務取扱委託業者の監督及び守秘義務契約を締結するとともに、委託する介護事業所等が確実に情報の破棄が行われたことを確認します。

（検討例）

- 情報を破棄（完全削除）する条件や方法を規定する。
- 情報の破棄を外部に委託する場合には、確実に情報の破棄が行われたことを確認できる委託者を選定する。

⑧ 情報システムの改造と保守

システムのメンテナンスを事業所の外部の者（委託先のベンダー）が行う場合には、専用の ID とパスワード等を発行してメンテナンスを行い、作業の記録を残すことが求められます。また、その ID とパスワードとパスワードに対して、外部流出等による不正使用の防止の観点から適切に管理することを求めます。

保守会社が個人情報を含むデータを組織外に持ち出すことは避けるべきですが、やむを得ない状況で組織外に持ち出さなければならない場合には、置き忘れ等に対する十分な対策を含む取扱いについて運用管理規程を定めることを求め、介護事業所の責任者が都度承認します。

(検討例)

- 保守業者（ベンダー等）には職員とは別の専用 ID とパスワードを発行し、保守の記録を残すようにする。
- メンテナンス作業の記録は定期的に確認し、運用管理規程に定められたとおりに運用できていること、不正がないことを確認する。

⑨ 情報及び情報機器の持ち出しについて

組織として情報セキュリティ上の脅威及び発生しうる事象について分析を実施し、情報及び情報機器の持ち出しに関する方針を運用管理規程で定めます。運用管理規程には、持ち出した情報及び情報機器の管理方法を定めます。情報を格納した CD-R、USB メモリのような情報記録可搬媒体もしくは情報機器の盗難、紛失時の対応を運用管理規程に定めます。運用管理規程で定めた盗難、紛失時の対応を従業者等に周知徹底し、教育を行います。

(検討例)

- タブレットや USB メモリなどの持ち出しに関する規定や、盗難・紛失時の対応を運用管理規程に規定する。
- 情報記録可搬媒体を頻繁にやり取りする場合には、予め盗難、紛失時を考慮した方法を定め、運用方法として関係者に周知する。

⑩ 災害等の非常時の対応

介護サービスを提供し続けるための BCP¹¹（事業継続計画）の一環として「非常時」と判断する仕組み、正常復帰時の手順を設けます。正常復帰後に、代替手段で運用した間のデータ整合性を図る規約を用意します。

サイバー攻撃で広範な地域での一部介護行為の停止等、介護サービス提供体制に支障が発生する場合は、「非常時」と判断した上で所管官庁への連絡を行います。また、上記に関わらず、介護情報システムに障害が発生した場合も、必要に応じて所管官庁への連絡を行います。

(検討例)

- どのような場合に「非常時」と判断するかの基準を定め、非常時の対策手順を設け

¹¹ BCP：自然災害、大火災、テロ攻撃などの非常時に、事業資産の損害を最小限にとどめつつ、事業の継続あるいは早期復旧させるために、平常時の活動や緊急時における事業継続のための方法、手段などを取り決めておく計画のこと

る。

- 非常時から平常時への復帰時の取扱い（非常時に受付けた情報の取り扱い）を規定する。

⑪ 外部と個人情報を含む情報を交換する場合の安全管理

ネットワークを利用して外部と情報を交換する場合、送信元から送信先に確実に情報を送り届ける必要があり、「送付すべき相手に」、「正しい内容を」、「内容を盗み見されない方法で」送付しなければなりません。すなわち、送信元や送信先を偽装する「なりすまし」や送受信データに対する「盗聴」及び「改ざん」、通信経路への「侵入」及び「妨害」等の脅威から守らなければなりません。

（検討例）

- ウイルス混入などの改ざん防止策やなりすましの防止策を実施する。
- 通信先と取り扱う情報と保護や管理方法を定め、必要に応じて契約等を取り交わす。

介護事業者は、同一法人内で異なる事業所（例えば、通所介護事業所居宅介護支援事業所と訪問介護事業所等）があり、情報管理体制が不明確になる場合もあります。このような場合には、情報の管理主体と共同利用の範囲を定め、周知徹底することで、安全に「個人データの共同利用」を行い、情報連携をしやすくなります。

詳細は、医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス¹²（平成29年4月14日、個人情報保護委員会、厚生労働省）の「5. 個人データの第三者提供」などを参考に検討してください。

⑫ 法令で定められた記名・押印を電子署名で行うことについて

法令で署名又は記名・押印が義務づけられた文書等において、記名・押印を電子署名に変える場合には、厚生労働省の定める電子証明書をを用いて電子署名を実施します。また、電子署名を含む文書全体にタイムスタンプを付与します。

（検討例）

- 推奨されている電子証明書をを用いた電子署名を行う。
- 電子証明書を利用する場合は、信頼できる認証局を選定する。

A.2.2 運用管理規程について ⇒医療情報ガイドライン 10章

運用管理規程は管理責任や説明責任を果たすために極めて重要であり、運用管理規程は必ず定めなければなりません。記載する項目例は以下のとおりです。

(1) 一般管理事項

一般管理事項は、管理対象となる情報や管理する体制、及び教育などを検討し規定

¹² <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

する。また、災害やサイバー攻撃等の非常時の対応、及び定期的な規程の見直しを盛り込む。

- ① 総則
- ② 管理体制
- ③ 管理者及び利用者の責務
- ④ 一般管理における運用管理事項
- ⑤ 業務委託（システムの運用・保守・改造）の安全管理措置
- ⑥ 情報及び情報機器の持ち出しについて
- ⑦ 外部の機関と医療情報を提供・委託・交換する場合
- ⑧ 災害、サイバー攻撃等の非常時の対応
- ⑨ 教育と訓練
- ⑩ 監査
- ⑪ 規程の見直し

(2) 電子保存のための運用管理事項

真正性確保として情報の更新履歴の確保、見読性確保として情報の所在管理、保存性確保として保存媒体の管理などを検討し規定する。また、システムや外部サービスを利用している場合には、システムや外部サービスを更新、乗換えた場合でも引き続き利用できるよう相互運用性を確保する方法を規定する。

- ① 真正性確保
- ② 見読性確保
- ③ 保存性確保
- ④ 相互運用性確保

(3) ネットワークによる外部保存に当たっての「介護事業所としての管理事項」

上記(2)に加え、利用者への説明方法や周知手段、異議申立てを受けた場合の対処方法を検討し、規定する。また、ネットワークによって外部に委託する場合には、管理方法や運用方法を確認し、上記と同等に実施、管理できる方法を定め、必要に応じて規程に盛り込む。

- ① 管理体制と責任
- ② 外部保存契約終了時の処理
- ③ 真正性確保
- ④ 見読性確保
- ⑤ 保存性確保
- ⑥ 介護事業の特定業務情報等の個人情報をインターネット等で伝送する間の個人情報保護
- ⑦ 介護事業の特定業務情報等の外部保存を受託する機関内での個人情報の保護
- ⑧ 利用者への説明
- ⑨ 受託事業者に対する監査項目

(4) スキャナ等により電子化して保存する場合

上記(2)に加え、スキャンによる情報量の低下を防ぐために適切な機器の選定や設定方法に関する情報を整理し、必要に応じて規程に盛り込む。また、スキャンによる情報の管理や検索性も考慮した運用方法を検討し、規程に盛り込む。

- ① スキャナ読み取りの対象文書の規程
- ② スキャナ読み取り電子情報と原本と同等であることを担保する情報作成管理者の任命
- ③ スキャナ読み取り電子情報への作業責任者（実施者又は管理者）の電子署名法に適合した電子署名・タイムスタンプ
- ④ サービス提供の都度、スキャンするタイミングに関する規程
- ⑤ 過去に蓄積された文書を電子化する場合の、実施手順規程

A.3 介護事業者の特定業務で求められる管理策

A.3.1 電子保存の要求事項について ⇒医療情報ガイドライン7章

① 真正性の確保について

入力者及び承認者を限定し、入力日時を記載する必要があります。また、履歴の確認を正しく行えるようにし、更新履歴を参照できるようにします。機器、ソフトウェアの品質管理に関する作業内容は運用管理規程に盛り込み、従業者等への教育を実施します。

（検討例）

- 真正性確保として情報の更新履歴の確保するために、情報にアクセスできる人や機器を特定する。
- 必要に応じて情報にアクセスした履歴記録を保存し、定期的に確認する。

② 見読性の確保について

目的に応じて速やかに検索表示若しくは書面に表示できるようにします。システムの一系統に障害が発生した場合でも、通常の介護サービスの提供等に差し支えない範囲で介護事業の特定業務情報等を閲覧可能とするために、システムの冗長化（障害の発生時にもシステム全体の機能を維持するため、平常時からサーバやネットワーク機器等の予備設備を準備し、運用すること）を行う又は代替的な閲覧手段を用意します。

（検討例）

- 見読性確保として情報の所在管理を定め、障害時の対策を検討する。
- システムを利用する場合には、障害時を想定し、システムの冗長化を検討する。

③ 保存性の確保について

コンピュータウイルスを含む不適切なソフトウェアによる情報の破壊・混同が起こらないように、システムで利用するソフトウェア、機器及び媒体の管理を行います。記録媒体及び記録機器の保管及び取扱いについて運用管理規程を作成し、適切な保管及び取扱いを行うよう関係者への教育や周知徹底を行い、保管及び取扱いに関する作業履歴を残します。

(検討例)

- 保存性確保として保存媒体の運用方法や管理方法などを検討し、関係者に運用方法や管理方法を周知する。
- 定期的に保存する情報がある場合は、保存した情報を確実に読み取れるかを定期的に確認する。

A.3.2 介護事業の特定業務情報や医療情報を外部に保存する場合

⇒医療情報ガイドライン 8 章

(1) 介護事業の特定業務情報や医療情報を外部に保存する場合の検討

例えば、内容に医療情報が含まれる介護情報をデータで外部に保存する場合等、介護事業の特定業務情報や医療情報を外部に保存場合に求められる対策を記載しています。以下の図を参考に、外部に保存する形式や経路に応じて求められる対策を実施、検討してください。

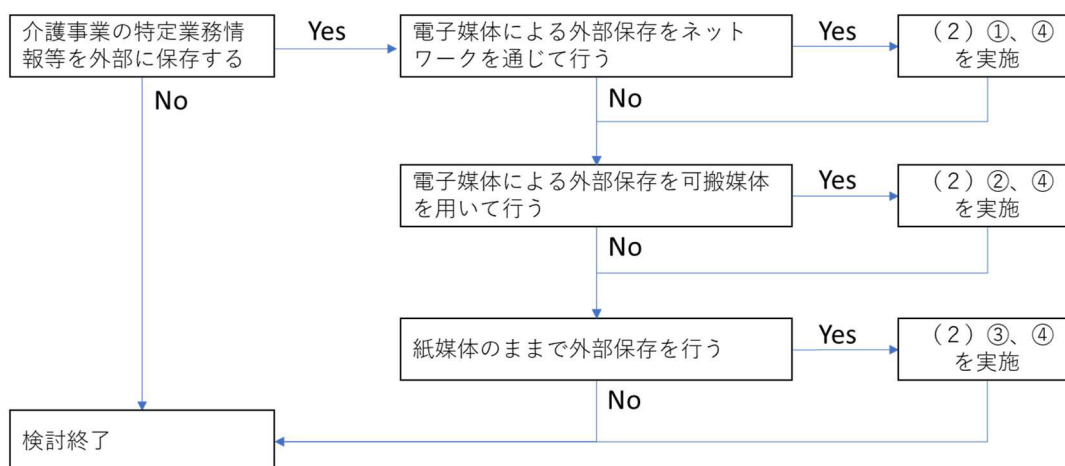


図 1 診療録及び診療諸記録を外部に保存する場合の検討図

※上図の介護事業の特定業務情報は、本書の表 1 を参照してください。

(2) 診療録及び診療諸記録を外部に保存する際の基準

① 電子媒体による外部保存をネットワークを通じて行う場合

電子媒体による外部保存をネットワーク上で行う場合、安全な通信によって安全な場所（クラウド上）に対して介護事業の特定業務情報等を保存することができます。また、情報の提供は、原則、利用者が利用している介護事業所と利用者間の同意で実施します。

介護事業所が民間事業者等との契約に基づいて確保した安全な場所（クラウド上など）に保存する場合、受託事業者が民間事業者等に課せられた経済産業省の「医療情報を受託管理する情報処理事業向けガイドライン」や総務省の「ASP・SaaSにおける情報セキュリティ対策ガイドライン」及び「ASP・SaaS事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン」等を遵守することを契約等で明確に定めます。

（検討例）

- 外部保存対象の情報の特定や管理する体制、ネットワークでの送受信や保存状態が安全に運用できる方法を検討する。
- 外部委託を行う場合は、上記で示した参考ガイドラインに基づき安全性の確認を行う。

② 電子媒体による外部保存を可搬媒体を用いて行う場合

媒体を変更したり、内容を更新したりする際に、明確な記録を行います。

（検討例）

- 外部保存対象の情報の特定や管理する体制、可搬媒体の輸送時や保存状態が安全に運用できる方法を検討する。
- 可搬媒体の保存に関する外部委託を選定する場合は、同時に可搬媒体の破棄を実施できる外部委託を検討する。

③ 紙媒体のままで外部保存を行う場合

介護事業の特定業務情報等の劣化、損傷、紛失、窃盗等を防止するために、適切な保存環境・条件を構築・維持します。

（検討例）

- 外部保存対象の情報の特定や管理する体制、紙媒体の輸送時や保存状態が安全に運用できる方法を検討する。
- 紙媒体の保存に関する外部委託を選定する場合は、特に劣化がないような保管方法を確認する。

④ 外部保存全般の留意事項について

外部保存に係る運用管理規程を定めることが求められており、具体的なガイドラインは、医療情報ガイドラインの「6.3 組織的安全管理対策」の項を参照してください。
(検討例)

- 外部保存については、運用管理規程と相違がないことを確認し、必要に応じて追加検討し、規定します。
- 実運用に合わせて、定期的に運用管理規程を見直す。

A.3.3 医療情報等をスキャナ等により電子化して保存する場合

⇒医療情報ガイドライン9章

(1) 医療情報等をスキャナ等により電子化して保存する場合の検討

例えば訪問看護指示書や薬剤情報など電子化して保存する場合等、医療情報等をスキャナ等により電子化して保存する場合に求められる対策を記載しています。以下の図を参考に、保存するデータに応じて求められる対策を実施、検討してください。

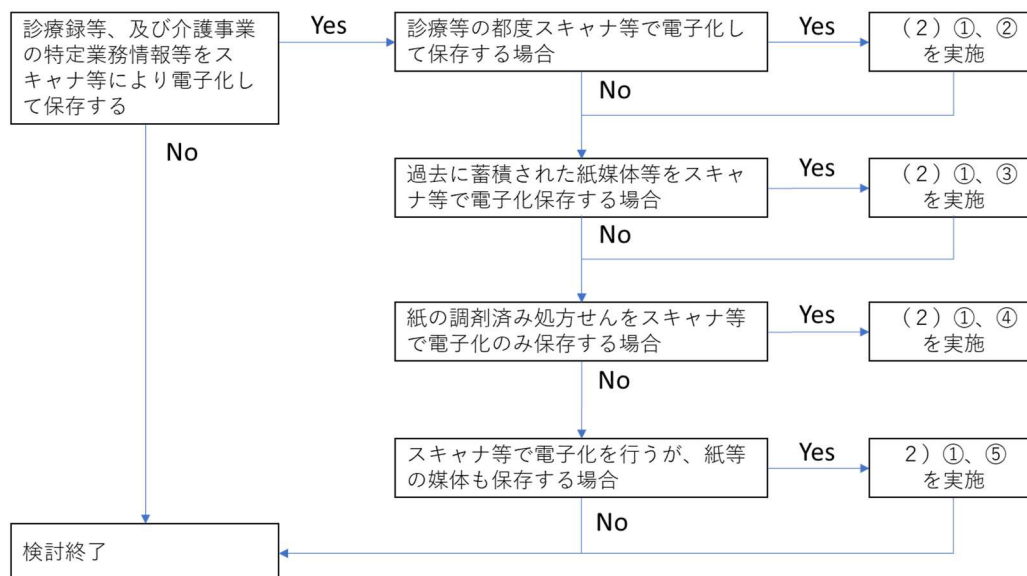


図 2 診療録等をスキャナ等により電子化して保存する場合の検討図

※上図の介護事業の特定業務情報は、本書の表1を参照してください。

(2) 診療録等をスキャナ等により電子化して保存する場合について

① 共通の要件

介護に関する業務等に支障が生じることのないよう、スキャンによる情報量の低下を防ぎ、保存義務を満たす情報として必要な情報量を確保するため、光学解像度、センサ等の一定の規格・基準を満たすスキャナを用います。

スキャナで読み取った際は、作業責任者（実施者又は管理者）が電子署名法に適合した電子署名、タイムスタンプ等を遅滞なく行い、責任を明確にします。

(検討例)

- スキャンすることで画像が欠落することがないように見読性確保や長く閲覧できる形式などを検討する。
- スキャン作業に関する担当者や管理者を定めるなど、予め運用体制を検討する。

② 診療等の都度スキャナ等で電子化して保存する場合

改ざんを防止するため、情報が作成されてから遅滞なくスキャンを行います。

(検討例)

- ①の共通の要件に加え、改ざんを防止する方法も踏まえて、1~2日程度以内の期間でスキャンする方法を検討する。
- 機器の故障を想定し、上記期間でスキャンできない場合の対処方法を検討する。

③ 過去に蓄積された紙媒体等をスキャナ等で電子化保存する場合

電子化を行うに当たっては、事前に対象となる利用者等に、スキャナ等で電子化を行い保存対象とすることを掲示等で周知し、異議の申立てがあった場合は取りやめます。電子化保存の実施にあたり、実施前に実施計画書を必ず作成します。

(検討例)

- ①の共通の要件に加え、利用者への周知手段や異議申立てを受けた場合の対処方法を予め検討する。
- 外部に委託する場合には、管理方法や運用方法を確認し、上記と同等に実施、管理できる委託先を検討する。

④ 紙の調剤済み処方せんをスキャナ等で電子化し保存する場合について

紙の調剤済み処方せんの電子化のタイミングにより、②又は③の対策を実施します。

(検討例)

- ①の共通の要件に加え、紙の調剤済み処方せんの場合は、電子署名が必要になるため、電子証明書の購入を検討する。
- 購入した電子証明書の管理方法を検討する。

⑤ (補足) スキャナ等で電子化を行うが、紙等の媒体もそのまま保存を行う場合

紙等の媒体をスキャナ等で電子化し、紙等の媒体の保存も継続して行う場合、電子化した情報はあくまでも参照情報とします。

(検討例)

- スキャンによる情報量の低下を防ぐために適切な機器の選定や設定方法を確認し、作業担当者に手順書として周知する。
- スキャンによる情報の管理や検索性も考慮した運用方法を検討する。

付録 B クラウドサービス等のチェック項目

介護情報の管理や介護情報の連携については、クラウドサービスや IoT 機器を活用することも考えられます。この場合、安全なクラウドサービスや IoT 機器を利用することで、3 章で記載した安全管理の項目の一部を満たすことができる可能性があります。そのため、クラウドサービスや IoT 機器を選定する際には、別添のチェックリストをクラウドサービス事業者や IoT 機器メーカー（運用代行者を含む）にチェックを依頼することで自らが対策すべき項目をどれだけ実施しているかをチェックできるリストを作成しました。

別添のチェックシートをクラウドサービス等の提供者に示してチェックを依頼してください。

なお、クラウドサービスに接続する環境や IoT 機器の利用については、医療情報ガイドラインの 6.9 節の詳細にある以下の注意点があります。

- ✓ 利用する台帳で管理された情報機器を用いること
- ✓ 運用管理規程通りに管理された情報機器を用いること

別添：クラウドサービス等のチェックリスト

No	サービス事業者を確認する項目	1. はい	2. いいえ	3. 対象外
	医療機関における情報セキュリティマネジメントシステムの実践 (6. 2)			
1	扱う情報のリスト（一覧表記）機能を提供しているか？ (6. 2. C1)			
	技術的安全対策 (6. 5)			
2	アクセス管理の機能があるか？ (6. 5. C1)			
3	アクセス管理の認証方式は？ (6. 5. C1)			
	・ 記憶 (ID・パスワード等)			
	・ 生体認証 (指紋等)			
	・ 物理媒体 (IC カード等)			
4	パスワードで利用者認識をしている場合、パスワード管理機能はあるか？ (6. 5. C11 (1)～6. 5. C11 (3))			
5	利用者別、職種別の情報区分ごとのアクセス管理機能があるか？ (6. 5. C6)			
6	アクセス記録 (アクセスログ) 機能があるか？ (6. 5. C7)			
7	アクセスログを利用者が確認する機能があるか？ (6. 5. C7)			
8	アクセスログへのアクセス制限が出来るか？ (6. 5. C8)			
9	時刻情報の正確性を担保する仕組みがあるか？ (6. 5. C9)			
10	IoT 機器のアップデート機能はあるか？ (6. 5. C13)			
11	IoT 機器には、不具合時発生時に対応する機能があるか？ (接続停止等) (6. 5. C13)			
	災害、サイバー攻撃等の非常時の対応 (6. 10)			
12	非常時機能又は、非常時アカウントを持っているか？ (6. 10. C3)			
	外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理 (6. 11)			
13	「外部と個人情報を含む医療情報を通信する機能」や「リモートメンテナンス機能」を有するか？ (6. 11. C1)			
14	なりすましの対策 (認証) 機能を有するか？ (6. 11. C3)			
15	データの暗号化 (SSL/TLS、S/MIME、ファイル暗号化など) が可能か？ (6. 11. C5)			
16	ネットワークの経路制御・プロトコル制御に関わる機能を有しているか？ (6. 11. C4)			
17	ネットワークの経路制御・プロトコル制御に関わる機能は、安全管理ガイドラインを満たす設定が可能か？ (6. 11. C4)			
18	対応している通信方式はどれか？ (6. 11. C4、C10)			
	・ 公衆網			
	・ IP-VPN			
	・ IPsec-VPN			
	・ TLS1. 2 高セキュリティ型、クライアント認証			
19	ネットワークの経路制御・プロトコル制御に関わる機能の適正さ (回り込み対策を含む) を証明できる文書があるか？ (6. 11. C4、C10)			
20	リモートメンテナンス機能を有するか？ (6. 11. C7)			
21	リモートメンテナンスサービスに関し、不必要なリモートログインを制限する機能があるか？ (6. 11. C7)			

	保存が義務付けられている文書を扱っている場合のみ下記対象			
	法令で定められた記名・押印を電子署名で行うことについて(6.12)			
22	記名・押印が義務付けられた文書を扱っているか？(6.12.C.(1))			
23	HPKI 対応もしくは認定認証局が発行する証明書対応の署名機能があるか？(6.12.C.(1))			
24	HPKI 対応もしくは認定認証局が発行する証明書対応の検証機能があるか？(6.12.C.(1))			
25	日本データ通信協会認定のタイムスタンプが付与可能か？(6.12.C.(2))			
	真正性の確保について(7.1)			
26	入力者及び確定者を正しく識別し、認証を行う機能があるか？(7.1.C.(1).a-1)			
27	区分管理を行っている対象情報ごとに、権限管理(アクセスコントロール)の機能があるか？(7.1.C.(1).a-2)			
28	権限のある利用者以外による作成、追記、変更を防止する機能があるか？(7.1.C.(1).a-2)			
29	システムが端末を管理することによって、権限を持たない者からのアクセスを防止する機能があるか？(7.1.C.(1).a-3)			
30	システムは記録を確定する機能があるか？(7.1.C.(2).a-1)			
31	確定情報には、入力者及び確定者の識別情報、信頼できる時刻源を用いた作成日時が含まれているか？(7.1.C.(2).a-1)			
32	「記録の確定」を行うにあたり、内容の確認をする機能があるか？(7.1.C.(2).a-2)			
33	確定された診療録等が更新された場合、更新履歴を保存し、更新前後の内容を参照する機能があるか？(7.1.C.(3)-1)			
34	同じ診療録等に対して更新が複数回行われた場合、更新の順序性を識別できる機能があるか？(7.1.C.(3)-2)			
	見読性の確保(7.2)			
35	目的に応じて速やかな検索結果の出力機能があるか？(7.2.C.(3))			
36	システム障害に備えた冗長化手段や代替的な見読化手段はあるか？(7.2.C.(4))			
37	冗長化の内容は？(7.2.C.(4))			
	・ サーバの冗長化			
	・ ネットワークの冗長化			
	・ ストレージの冗長化			
38	システム障害に備えた代替的な見読化手段があるか？(7.2.C.(4))			
	保存性の確保(7.3)			
39	いわゆるコンピュータウイルスを含む不適切なソフトウェアによる情報の破壊・混同が起こらないようにするための防護機能があるか？(7.3.C.(1)-1)			
40	記録媒体及び記録機器の保管及び取扱いについて、医療機関等が運用管理規程を定めるために必要な情報が、取扱説明書等の文書として提供されているか？(7.3.C.(2)-1)			
41	情報の保存やバックアップについて、医療機関等が運用管理規程を定めるために必要な情報が、取扱説明書等の文書として提供されているか？(7.3.C.(2)-2)			
42	システムが保存する情報へのアクセスについて、履歴を残す機能があるか？(7.3.C.(2)-4)			
43	システムが保存する情報へのアクセスについてその履歴を管理するための機能があるか？(7.3.C.(2)-4)			
44	システムが保存する情報がき損した時に、バックアップされたデータを用いて、き損前の状態に戻すための機能があるか？(7.3.C.(2)-5)			
45	記録媒体が劣化する以前に情報を新たな記録媒体又は、記録機器に複写する機能があるか？(7.3.C.(3)-1)			

46	システムの移行の際に診療録等のデータを標準形式が存在する項目に関しては標準形式で、標準形式が存在しない項目では変換が容易なデータ形式にて出力及び入力できる機能があるか？(7.3.C.(4)-1)			
	診療録等をスキャナ等により電子化して保存する場合について(9.)			
47	電子署名・タイムスタンプ等を行える機能があるか？(9.1.C-2)(9.4.C-2)			

【巻末資料4】介護現場におけるセキュリティ基準の検討に関するアンケート

介護現場におけるセキュリティ基準の検討に関するアンケートのお願い

株式会社三菱総合研究所

三菱総合研究所では、厚生労働省老健局の「介護事業所における ICT を通じた情報連携に関する調査研究」を受託、実施しています。この調査研究では、介護現場におけるセキュリティ基準を検討しています。

小規模介護事業者ではセキュリティ対策の実施が困難な管理策もあり、クラウドサービス等を利用することで満たすべきセキュリティ対策が実施できる可能性について検討しています。つきまして、アンケートにご協力いただけますようお願い申し上げます。

■ご回答情報の取り扱い

三菱総合研究所が集計し、個社名やサービス名称が特定できない情報として取り扱いします。

■セキュリティ基準

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5版（以降、医療情報ガイドラインという。）

■ 取り扱う情報・対策すべき情報

「『居宅介護支援事業所と訪問介護などのサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様』について」（令和元年5月22日老振発0522第1号厚生労働省老健局振興課長通知）に基づいて介護現場間にて情報連携が行われる情報

■手順

1. 下記の「回答者及び自社サービス」をご記載ください
2. 巻末資料5のMDSで自社サービスについてご回答ください
3. 本紙別紙1に示した機能の提供についてご回答ください

（詳細は、資料2の医療情報ガイドライン抜粋資料をご覧ください）

回答者及びサービス情報

回答対象サービス名	
上記情報（URL）	
ご回答者	
ご連絡先（e-Mail）	
ご連絡先（電話番号）	

以上

医療情報ガイドラインに掲載している調査対象機能・サービスの確認

No	機能（運用代行等を含む）	該当/非該当	参考※
1	覗き見防止対策		6.4-05
2	無線 LAN（アクセスポイント）の貸出・運用委託		6.5-12
3	ウェアラブル機器（販売・運用代行を含む）		6.5-13
4	IoT 機器（販売・運用代行を含む）		6.5-13
5	ウイルス対策、標的型メール攻撃対策 （MTU 等の販売・運用代行を含む）		6.10-03
6	経路保証、通信切断時の対策 （通信に関する SLA 等による規定を含む）		6.11-06 6.10-04
7	リモートメンテナンス		6.8、6.11-07
8	保健医療福祉分野 PKI 認証局発行の電子証明書 等（他の電子証明書も含む）		6.12
9	タイムスタンプ		6.12

※上記参考は、医療情報ガイドラインの評価項目工番です。具体的な記述や要求事項は、資料2をご覧ください。

以上

【巻末資料5】製造業者による医療情報セキュリティ開示書チェックリスト

製造業者による医療情報セキュリティ開示書チェックリスト(医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5版対応)

作成日	
製造業者	
製品名称	
バージョン	

項目	1. はい	2. いいえ	3. 対象外
医療機関における情報セキュリティマネジメントシステムの実践 (6.2)			
1 扱う情報のリストを提示してあるか? (6.2.C1)			
物理的安全対策 (6.4)			
2 覗き見防止の機能があるか? (6.4.C5)			
技術的安全対策 (6.5)			
3 離席時の不正入力防止の機能があるか? (6.5.C4)			
4 アクセス管理の機能があるか? (6.5.C1)			
4. 1 アクセス管理の認証方式は? (6.5.C1)			
・記憶(ID・パスワード等)			
・生体認証(指紋等)			
・物理媒体(ICカード等)			
・その他(具体的な方法を備考に記入してください)			
・上記のうちの二要素を組み合わせた認証			
4. 1. 1 パスワードを利用者認識手段として利用している場合、パスワード管理は可能か? (6.5.C11(1)~6.5.C11(3))			
4. 1. 2 セキュリティ・デバイスを用いる場合に破損等で本人の識別情報が利用できない際の代替機能があるか? (6.5.C3)			
4. 2 利用者別、職種別の情報区分ごとのアクセス管理機能があるか? (6.5.C6)			
4. 3 アクセス記録(アクセスログ)機能があるか? (6.5.C7)			
4. 3. 1 アクセスログを利用者が確認する機能があるか? (6.5.C7)			
4. 3. 2 アクセスログへのアクセス制限が出来るか? (6.5.C8)			
5 時刻情報の正確性を担保する仕組みがあるか? (6.5.C9)			
6 不正ソフトウェア対策を行っているか? (6.5.C10)			
7 無線LANを利用する場合のセキュリティ対策機能はあるか? (6.5.C.12)			
情報および情報機器の持ち出しについて(6.9)			
8 ソフトウェアのインストールを制限する機能があるか? (6.9.C9)			

9 外部入出力装置の機能を無効にすることができるか？ (6.9)			
10 管理区域外への持ち出しの際、起動パスワード等のアクセス制限機能もしくは暗号化機能があるか？ (6.9.C6、6.9.C7)			
災害、サイバー攻撃等の非常時の対応 (6.10)			
11 非常時機能又は、非常時アカウントを持っているか？ (6.10.C3)			
外部と個人情報を含む医療情報を交換する場合の安全管理 (6.11)			
12 「外部と個人情報を含む医療情報を通信する機能」や「リモートメンテナンス機能」を有するか？ (6.11.C1)			
12.1 なりすましの対策(認証)機能を有するか？ (6.11.C3)			
12.2 データの暗号化(SSL/TLS、S/MIME、ファイル暗号化など)が可能か？ (6.11.C5)			
12.3 ネットワークの経路制御・プロトコル制御に関わる機能を有しているか？ (6.11.C4)			
12.3.1 ネットワークの経路制御・プロトコル制御に関わる機能は、安全管理ガイドラインを満たす設定が可能か？ (6.11.C4)			
12.3.1.1 対応している通信方式はどれか？ (6.11.C4、C10)			
・専用線			
・公衆網			
・IP-VPN			
・IPsec-VPN			
・TLS1.2 高セキュリティ型、クライアント認証			
12.3.2 ネットワークの経路制御・プロトコル制御に関わる機能の適正さ(回り込み対策を含む)を証明できる文書があるか？ (6.11.C4、C10)			
12.4 リモートメンテナンス機能を有するか？ (6.11.C7)			
12.4.1 リモートメンテナンスサービスに関し、不必要なリモートログインを制限する機能があるか？ (6.11.C7)			
保存が義務付けられている文書を扱っている場合のみ下記対象			
法令で定められた記名・押印を電子署名で行うことについて (6.12)			
13 記名・押印が義務付けられた文書を扱っているか？ (6.12.C.(1))			
13.1 HPKI 対応もしくは認定認証局が発行する証明書対応の署名機能があるか？ (6.12.C.(1))			
13.2 HPKI 対応もしくは認定認証局が発行する証明書対応の検証機能があるか？ (6.12.C.(1))			
13.3 日本データ通信協会認定のタイムスタンプが付与可能か？ (6.12.C.(2))			
13.4 日本データ通信協会認定のタイムスタンプが検証可能か？ (6.12.C.(2))			
13.5 保存期間中の文書の真正性を担保する仕組みがあるか？ (6.12.C.(2))			
真正性の確保について (7.1)			
14 入力者及び確定者を正しく識別し、認証を行う機能があるか？ (7.1.C.(1).a-1)			
14.1 区分管理を行っている対象情報ごとに、権限管理(アクセスコントロール)の機能があるか？ (7.1.C.(1).a-2)			
14.2 権限のある利用者以外による作成、追記、変更を防止する機能があるか？ (7.1.C.(1).a-2)			
15 システムが端末を管理することによって、権限を持たない者からのアクセスを防止する機能があるか？ (7.1.C.(1).a-3)			
16 システムは記録を確定する機能があるか？ (7.1.C.(2).a-1)			
16.1 確定情報には、入力者及び確定者の識別情報、信頼できる時			

刻源を用いた作成日時が含まれているか？ (7.1.C.(2).a-1)			
16.2 「記録の確定」を行うにあたり、内容の確認をする機能があるか？ (7.1.C.(2).a-2)			
16.3 確定された記録に対して、故意による虚偽入力、書き換え、消去及び混同を防止する機能があるか？ (7.1.C.(2).a-4)			
17 装置が確定機能を持っていない場合、記録が作成される際に、当該装置の管理責任者や操作者の識別情報、作成日時を含めて記録する機能があるか？ (7.1.C.(2).b-1)			
18 確定された診療録等が更新された場合、更新履歴を保存し、更新前後の内容を参照する機能があるか？ (7.1.C.(3)-1)			
18.1 同じ診療録等に対して更新が複数回行われた場合、更新の順序性を識別できる機能があるか？ (7.1.C.(3)-2)			
19 代行入力の承認機能があるか？ (7.1.C.(4))			
19.1 代行入力が行われた場合、誰の代行が誰によっていつ行われたかの管理情報を、その代行入力の都度、記録する機能があるか？ (7.1.C.(4)-2)			
19.2 代行入力により記録された診療録等を、確定者による「確定操作(承認)」を行う機能があるか？ (7.1.C.(4)-3)			
見読性の確保(7.2)			
20 目的に応じて速やかな検索結果の出力機能があるか？ (7.2.C.(3))			
21 システム障害に備えた冗長化手段や代替的な見読化手段はあるか？ (7.2.C.(4))			
21.1 冗長化の内容は？ (7.2.C.(4))			
・サーバの冗長化			
・ネットワークの冗長化			
・ストレージの冗長化			
・その他の手段(具体的な方法を備考欄に記入してください)			
21.2 システム障害に備えた代替的な見読化手段があるか？ (7.2.C.(4))			
保存性の確保(7.3)			
22 いわゆるコンピュータウイルスを含む不適切なソフトウェアによる情報の破壊・混同が起こらないようにするための防護機能があるか？ (7.3.C.(1)-1)			
23 記録媒体及び記録機器の保管及び取扱いについて、医療機関等が運用管理規程を定めるために必要な情報が、取扱説明書等の文書として提供されているか？ (7.3.C.(2)-1)			
24 情報の保存やバックアップについて、医療機関等が運用管理規程を定めるために必要な情報が、取扱説明書等の文書として提供されているか？ (7.3.C.(2)-2)			
25 システムが保存する情報へのアクセスについて、履歴を残す機能があるか？ (7.3.C.(2)-4)			
25.1 システムが保存する情報へのアクセスについてその履歴を管理するための機能があるか？ (7.3.C.(2)-4)			
26 システムが保存する情報がき損した時に、バックアップされたデータを用いて、き損前の状態に戻すための機能があるか？ (7.3.C.(2)-5)			
27 記録媒体が劣化する以前に情報を新たな記録媒体又は、記録機器に複写する機能があるか？ (7.3.C.(3)-1)			
28 システムの移行の際に診療録等のデータを標準形式が存在する項目に関しては標準形式で、標準形式が存在しない項目では変換が容易なデータ形式にて出力及び入力できる機能があるか？ (7.3.C.(4)-1)			
診療録等をスキャナ等により電子化して保存する場合について(9.)			
29 診療録などをスキャナ等により電子化して保存する機能があるか？ (9.1.C-1)(9.4.)			
29.1 光学解像度、センサ等の一定の規格・基準を満たすスキャナを用いているか？ (9.1.C-1)			

29.2 電子署名・タイムスタンプ等を行える機能があるか？
(9.1.C-2) (9.4.C-2)

--	--	--	--